

Raskauden ehkäisyasiakkaan hoidon kuvaus JYTE:n alueen neuvoloiden perhesuunnittelutyössä – Ohjelehtinen terveydenhoitajille

Noora Honkanen
Amanda Lindqvist

Opinnäytetyö
Toukokuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) HONKANEN, Noora LINDQVIST, Amanda	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.05.2012
	Sivumäärä 77	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi RASKAUDEN EHKÄISYASIAKKAAN HOIDON KUVAUS JYTE:N ALUEEN NEUVOLOIDEN PERHESUUNNITTELUTYÖSSÄ- OHJELEHTINEN TERVEYDENHOITAJILLE		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) FRIIS, Aila POHJOLAINEN, Maritta		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki, sosiaali- ja terveystyö/ JYTE, neuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Viimeisten vuosikymmenten aikana ehkäisypalveluiden kehitys on ollut Suomessa vähäisen huomion kohteena. Kansainvälisestäkin tarkasteltuna kehitys on painottunut pääasiassa kehitysmaihin. Ehkäisyneuvonnan asema palvelujärjestelmässä on jäänyt muiden neuvolatyön osa-alueiden varjoon, eikä palveluiden järjestämisestä tai ehkäisyneuvontaan liittyvistä käytännöllisistä ole yhtenäistä ohjeistusta. Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011 asettaa valtakunnallisia tavoitteita väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjeellinen raskauden ehkäisystä perhesuunnittelutyötä tekeville terveydenhoitajille, sijaisille, uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Ohjeellinen toteutettiin yhteistyössä perhesuunnittelutyötä tekevien terveydenhoitajien kanssa. Ohjeellisen tavoitteena oli yhtenäistää ja selkeyttää raskauden ehkäisyyn liittyvien aloitus- ja seurantakäytäntöjen sisältöä sekä antaa terveydenhoitajille valmiuksia kehittää työtään ja parantaa välillisesti perhesuunnittelupalveluiden laatua.</p> <p>Opinnäytetyön tuotoksena syntyi ohjeellinen, jossa esitettiin hoitoketjun muodossa raskauden ehkäisyasiakkaan hoidon eteneminen eri raskauden ehkäisymenetelmien kohdalla sekä ehkäisyn aloitus- ja seurantakäytäntöjen keskeiset asiasisällöt. Lisäksi ohjeelliseen koottiin tietoa Suomessa tällä hetkellä markkinoilla olevista raskauden ehkäisymenetelmistä. Ohjeellinen suunniteltiin terveydenhoitajien perhesuunnittelutyön käytännön työn apuvälineeksi Jyväskylän yhteistoiminta-alueen neuvoloihin. Ohjeellinen koottiin opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta ja yhteistyöryhmän terveydenhoitajat antoivat työlle käytännön näkökulmaa. Opinnäytetyötä ohjaavat opettajat tarkastivat ohjeellisen asiasisällön.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Perhesuunnittelu, seksuaali- ja lisääntymisterveys, raskauden ehkäisy, hoitoketju, ohjeellinen		
Muut tiedot Liitteenä ohjeellinen, 17 sivua		



Author(s) HONKANEN, Noora LINDQVIST, Amanda	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 7.5.2012
	Pages 77	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title DESCRIPTION OF CARE FOR CUSTOMERS OF CONTRACEPTIVE CARE AT FAMILY PLANNING CLINICS IN JYVÄSKYLÄ REGION- AN INFORMATION LEAFLET FOR NURSES		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) FRIIS, Aila POHJOLAINEN, Maritta		
Assigned by The City of Jyväskylä, Centre for Social and Health Services / JYTE, maternity and child health clinics, school and student healthcare		
<p>Abstract</p> <p>Over the last few decades, the development of contraceptive services in Finland has been limited. On a global scale the development has focused mainly on the third world countries. The position of contraceptive counselling has been overshadowed by other aspects of health care at parental clinics and health centres, and there are no uniform guidelines for organizing contraceptive advice and counselling. The action plan of the Ministry of Social Affairs and Health for 2007 to 2011 sets national targets for the promotion of the sexual and reproductive health of the population, couples and individual citizens.</p> <p>The purpose of this thesis was to produce a leaflet about birth control for nurses, new employees, temporary employees and students. The leaflet was produced in collaboration with professional nurses who work in family planning. The goal of the leaflet was to unify and clarify the content of the initial and follow-up visits in contraceptive counselling and improve the professionalism of the nurses working in family planning health care, and thus improve the overall quality of the services at parental clinics.</p> <p>The result of this thesis was a leaflet which, in the form of a care chain, outlined the progress of the clients' introduction to the various contraceptive methods and the essential content of the initial and follow-up visits in contraceptive counselling. In addition, information about all commercially available contraceptive methods in Finland was collected and included in the leaflet. The leaflet was designed to be a helpful tool in the everyday work of nurses working at parental clinics and health centres in the Jyväskylä region. The leaflet was assembled based on the theoretical part of the thesis, and the validity of its content was reviewed by thesis tutors.</p>		
Keywords family planning, sexual and reproductive health, contraception, care chain, leaflet		
Miscellaneous Includes a leaflet, 17 pages		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 PERHESUUNNITTELU	4
2.1 Perhesuunnittelun toiminta-ajatus ja tehtävät	4
2.2 Perhesuunnittelutyötä ohjaava lainsäädäntö	5
3 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN	8
3.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys	9
3.2 Seksuaalisuus ja parisuhde	10
3.3 Seksuaalioikeudet	11
3.4 Terveydenhoitaja seksuaaliterveyden edistäjänä	12
3.4.1 Seksuaaliohjaus- ja neuvonta	13
3.4.2 PLISSIT-malli	14
3.5 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011 ..	16
4 RASKAUDEN EHKÄISY	17
4.1 Raskauden edellytykset	17
4.2 Raskauden ehkäisymenetelmän valinta	18
4.3 Yhdistelmähormonien ehkäisy	20
4.4 Progestiiniehkäisy	29
4.5 Ei-hormonaalinen ehkäisy	33
4.6 Imetyksen aikainen raskauden ehkäisy	36
5 RASKAUDEN EHKÄISYN SEURANTA	38
5.1 Ehkäisyn seuranta	38
5.2 Gynekologinen perustutkimus	38
5.3 Irtosolunäyte	39
5.4 Klamydian seulonta	40
5.5 Rintojen tutkiminen	41
6 HOITOKETJU KÄSITTEENÄ	42

7 LAADUKAS TERVEYSAINEISTO	43
8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	44
9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	44
9.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	44
9.2 Suunnittelu	45
9.3 Toteutus	47
9.4 Arviointi	47
10 POHDINTA	48
10.1 Aiheenvalinta ja opinnäytetyöprosessi	48
10.2 Tuotoksen ja luotettavuuden arviointi	49
10.3 Kehittämis ehdotukset	51
LÄHTEET	52
LIITTEET	57
LIITE 1. PERHESUUNNITTELULOMAKE	57
LIITE 2. GYNEKOLOGISET TAUSTATIEDOT- LOMAKE	58
LIITE 3. PERHESUUNNITTELUNEUVOLAN RASKAUDEN EHKÄISYVALMISTEET	59
LIITE 4. OPINNÄYTETYÖPROSESSI	60
LIITE 5 RASKAUDEN EHKÄISYASIAKKAAN HOITOKETJU	VIRHE.
	KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.
KUVIO 1. PLISSIT-MALLI	14
KUVIO 2. YHTEENVETO GYNEKOLOGISISTA ESITIEDOISTA	19
KUVIO 3. RINTOJEN TUTKIMINEN	42
TAULUKKO 1. SEKSUAALIOIKEUDET	11
TAULUKKO 2. RASKAUDEN EHKÄISY SYNNYTYKSEN JÄLKEEN	37

1 JOHDANTO

Ehkäisypalveluiden kehitys Suomessa on jäänyt vähäiselle huomiolle viimeisten vuosikymmenten aikana. Myös kansainvälisesti tarkasteltuna on ehkäisypalveluiden kehitys painottunut pääasiassa kehitysmaihin. Palveluiden järjestämisestä ja ehkäisyneuvontaan liittyvistä käytäntöistä ei ole Suomessa tällä hetkellä yhtenäistä ohjeistusta. Ehkäisyneuvonnan asema palvelujärjestelmässämme on jäänyt taka-alalle eikä sitä mielletä omaksi neuvolatyön osa-alueeksi. (Kosunen 2008, 431.)

Opinnäytetyön aihe on raskauden ehkäisyasiakkaan hoidon kuvaus Jyväskylän yhteistoiminta-alueen neuvoloiden perhesuunnittelutyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ohjeellinen raskauden ehkäisystä perhesuunnittelutyötä tekeville terveydenhoitajille. Ohjelehtisestä hyötyvät myös uudet työntekijät, sijaiset sekä opiskelijat. Ohjelehtisen tavoitteena on yhtenäistää ja selkeyttää raskauden ehkäisyyn liittyvien aloitus- ja seurantakäyntien sisältöä sekä antaa terveydenhoitajille valmiuksia kehittää työtään ja parantaa välillisesti perhesuunnittelupalveluiden laatua.

Opinnäytetyön aihevalinnan ajankohtaisuutta tukee Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011, jonka valtakunnalliset tavoitteet ja toimintaehdotukset painottavat alueellisen tason seksuaaliterveyden kehittämistä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmän laatiman kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman tavoitteena on edistää väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. (STM 2007, 3-4.) Seksuaaliterveyden edistämisen tulisi pohjautua terveydenhuollon lainsäädäntöön, seksuaalioikeuksiin, opetussuunnitelmaan, laadukkaisiin terveyspalveluihin, päätöksentekoon ja näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon (Aho 2006).

Ohjelehtisessä kuvataan kaavion muodossa raskauden ehkäisyasiakkaan hoidon eteneminen eri raskauden ehkäisymenetelmien kohdalla ja keskeiset asiasisällöt raskauden ehkäisyn aloitus- ja seurantakäynneillä. Lisäksi ohjelehtisessä on kuvattu Suomessa markkinoilla olevat raskaudenehkäisymenetelmät. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii JYTE:n alueen neuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Toimeksiantaja edustaja on neuvolatyön osastonhoitaja Hannele Virenius.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan perhesuunnittelutyötä, terveydenhoitajan roolia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäjänä, raskauden ehkäisyä ja sen eri vaihtoehtoja ja raskauden ehkäisyyn liittyvää seurantaa. Lisäksi viitekehyksessä käsitellään selkeän hoitoketjun merkitystä hoidon jatkuvuuden ja tiedon kulun kannalta sekä laadukkaan terveysaineiston laadintaa. Opinnäytetyön teoriapohja toimii perustana ohjelehtisen laadinnassa.

2 PERHESUUNNITTELU

Perhesuunnittelulla tarkoitetaan perheiden lapsiluvun ja lasten syntymäajankohdan suunnittelua seksuaali- ja ehkäisyneuvonnan keinoin. Onnistuneella seksuaali- ja ehkäisyneuvonnalla voidaan vaikuttaa suunnittelemattomien raskauksien määrään sekä asiakkaan seksuaaliseen hyvinvointiin. Perhesuunnittelun kohderyhmänä ovat hedelmällisessä iässä olevat naiset ja miehet. Perhesuunnittelutyön tärkeimmät osa-alueet ovat ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus, lastenhankinnan ajoituksen ja lapsiluvun suunnittelu, ehkäisyneuvonta, raskaudenkeskeytykset, hedelmättömyyden ehkäisy ja hoito sekä sukupuolitautilien ehkäisy ja hoito. (Eskola & Hytönen 2002, 71.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään perhesuunnittelutyön osa-alueista raskauden ehkäisyä ja hoitoa.

2.1 Perhesuunnittelun toiminta-ajatus ja tehtävät

Perhesuunnittelun keskeisenä toiminta-ajatuksena on seksuaaliterveyden ylläpitäminen ja edistäminen elämän eri vaiheissa ja tilanteissa. Perhesuunnittelulla pyritään turvaamaan jokaiselle syntyvälle lapselle mahdollisuuden syntyä toivottuna ja terveenä. Perhesuunnittelun tehtävänä on edistää yksilön ja perheen seksuaaliterveyttä tukemalla ja ohjaamalla asiakasta huolehtimaan omasta seksuaaliterveydestään. (Eskola & Hytönen 2002, 71.) Perhesuunnittelun tulisi tarjota laadukasta, päivitettyä ja riittävää tietoa ehkäisystä sekä järjestää yksilöille ja pareille mahdollisuus saada seksuaaliterveyspalveluita, ehkäisyneuvontaa ja nykyaikaisia ehkäisyvälineitä (Vuorenmaa 2011, 12–14). Perhesuunnittelutyötä toteutetaan moniammatillisena asiantuntijaryhmänä, jossa yhdistyvät seksuaalineuvonnan ammattitaito, osaaminen

sekä monipuoliset tiedot ja taidot seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. (Boman, Jaatinen, Koivunen & Manninen 2006, 1.)

Perhesuunnittelutyössä seksuaaliterveyden edistämisen tavoitteita ovat seksuaaliongelmien mahdollisimman varhainen toteaminen, sukupuoliteitse tarttuvien tautien ehkäisy ja riskien minimointi ohjauksen ja neuvonnan keinoin (Ryttyläinen & Valkama 2010, 21). Perhesuunnittelupalveluiden toteutuksen tulisi perustua yhdenmukaiseen linjaukseen raskauden ehkäisyyn, sterilisaation, raskaudenkeskeytysten, hedelmättömyyden sekä seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan toteutuksen osalta (Ryttyläinen & Valkama 2010, 26).

Monet yhteiskunnalliset kysymykset, kuten naisen asema työelämässä, sukupuolten välinen tasa-arvo ja lapsen oikeudet ovat yhteydessä perhesuunnitteluun. Suurissa kunnissa perhesuunnittelupalvelut järjestetään osana perusterveydenhuollon palveluita terveyskeskusten perhesuunnitteluneuvoloissa, kun taas pienemmissä kunnissa palvelut voidaan liittää osaksi äitiysneuvolan tai kouluterveydenhuollon palveluja. Perhesuunnittelutyöstä vastaavat terveydenhoitajat, perushoitajat ja lääkärit. (Eskola & Hytönen 2002, 71.)

2.2 Perhesuunnittelutyötä ohjaava lainsäädäntö

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

- Velvoittaa kunnat järjestämään alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Kunnan on toteutettava tarvittavat terveystarkastukset alueen asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja seuraamiseksi. Kunnan on järjestettävä myös ehkäisyneuvontaa ja muita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluita. *(L 30.12.2010/1326 13§.)*
- Kunnan on myös järjestettävä neuvolapalveluita alueensa raskaana oleville naisille, lasta odottaville perheille ja alle kouluikäisille lapsille ja heidän perheilleen *(L 30.12.2010/1326 15§).*
- Terveydenhuoltolakia sovelletaan muun muassa kansanterveyslaissa *(L 30.12.2010/1326 1§).*

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 20.6.1994/559

- Perhesuunnittelutyötä tekevän työntekijän on oltava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet. Laillistetun ammattihenkilön tehtävissä voi väliaikaisesti toimia myös kyseiseen ammattiin opiskeleva henkilö laillistetun ammattihenkilön johdon ja seurannan alaisena.
(L 28.6.1994/559 2§.)
- Terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan tavoitteena on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja sairaiden parantaminen sekä heidän kärsimystensä lievittäminen
(L 28.6.1994/559 15§).
- Laillistetulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjat oikealla laissa määrättyllä tavalla ja toimia salassapitovelvollisuuden mukaisesti
(L 28.6.1994/559 16 §; L 17.8.1992/ 785 12§ & 13§ uudistettu 30.6.2000/653).
- Terveydenhuollon ammattihenkilön on myös ylläpidettävä ja kehitettävä ammattitaitoaan osallistumalla täydennyskoulutuksiin sekä perehdyttävä oman ammattitoimintansa määräyksiin ja säädöksiin
(L 20.6.1994/559 18§).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

- Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus hänen terveydentilansa vaatimaan laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon, terveydenhuollon voimavarat huomioiden. Potilaan yksilölliset tarpeet tulee mahdollisuuksien mukaan huomioida hänen hoidossaan. Potilasta on myös kohdeltava ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen. (*L 17.8.1992/785 3§.*)
- Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidosta, hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista ja muista hoidosta päättämiseen liittyvistä asioista hänelle ymmärrettävässä muodossa (*L 17.8.1992/785 5§.*)
- Potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan ja hoito on toteutettava yksimielisesti hänen kanssaan (*L 17.8.1992/785 6§.*)
- Alaikäistä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jos hän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään omasta hoidostaan (*L 17.8.1992/785 6§.*)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734

- Terveydenhuollon palveluista maksuttomiksi luokitellaan muun muassa terveydenhuoltolain 13–17 §:n perusteella järjestetyt perusterveydenhuollon palvelut, joihin sisältyvät kunnan järjestettävät terveysneuvonta ja terveystarkastukset, seulontapalvelut, ehkäisyneuvonta ja seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävät palvelut sekä neuvolapalvelut.
- Maksuja saa kuitenkin periä yli 18-vuotiaille annetuista avosairaanhoidon palveluista ja yksityislääkärin läheteellä tehtävistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista (*L 3.8.1992/734 5§.*)

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583 ja asetus 31.10.1986/786

- Maksuttomia ovat yleisesti vaarallisen tartuntataudin esimerkiksi HIV-infektion, tippurin ja klamydian tutkiminen, hoito ja ilmoitettavan tartuntataudin hoitoon määrätty lääkitys
(A 31.10.1986/ 786 2§ uudistettu 23.7.2009/556).
- Kunnan velvollisuutena on järjestää tartuntatautien vastustamistyö osana kansanterveystyötä tartuntatauti- ja terveydenhuoltolain säädösten mukaisesti (L 25.7.1986/583 7§ uudistettu 14.11.2003/935).
- Lääkärin on tehtävä ilmoitus Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle yleisvaarallisesta tai ilmoitettavasta tartuntatautitapauksesta
(L25.7.1986/583 23§ uudistettu 14.11.2003/935).

Lisäksi perhesuunnittelutyötä ohjaavat tapauskohtaisesti muun muassa sterilointilaki 24.4.1970/283 ja laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239 sekä laki hedelmöityshoidoista 22.12.2006/1237.

3 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN

Seksuaalisuus nähdään osana ihmisyyttä ja kaikkien ihmisten perusoikeutena. Seksuaalisuus määritellään usein kuuluvaksi ihmisen perustarpeisiin ja ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, terveyteen ja elämänlaatuun. Seksuaalisuutta kuvastavat biologinen sukupuoli, sukupuoli-identiteetti- ja roolit, seksuaali-identiteetti, erotiikka, mielihyvä, läheisyys ja suvunjatkaminen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.) Seksuaalisuus voidaan käsittää myös kokonaisuutena, joka koostuu biologisesta, sosiaalisesta, sosiokulttuurisesta ja eettisestä ulottuvuudesta

(Nurmi 2000, 216). Biologinen ulottuvuus sisältää lisääntymisen, raskauden ehkäisyn, seksuaaliset reaktiot, kasvun ja kehityksen, fyysisen ulkonäön sekä sukupuolielinten rakenteen ja toiminnan. Sosiaalinen ulottuvuus koostuu tunteista, elämyksistä, minäkäsityksestä, motivaatiosta, ilmaisukyvyistä, opituista asenteista ja käyttäytymisestä. Sosiokulttuurinen ulottuvuus kattaa perheen, naapurit, ystävät, koulun, seurustelun, avioliiton, lait, tavat ja media sekä mainonnan. Eettinen ulottuvuus käsittää ihanteet, uskonnolliset käsitteet, moraalikäsitykset ja arvot. (Kätilötyö 2006, 539.)

Seksuaalisuutta voidaan kokea ja ilmaista useilla eri tavoilla, esimerkiksi ajatuksin, fantasioin, haluin ja uskomuksin, asentein ja arvoin sekä käyttäytymisessä, rooleissa ja pari- ja ihmissuhteissa (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 8).

3.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt epävirallisesti seksuaaliterveyden käsitteen vuonna 2002 vuonna 1994 Kairossa pidetyn YK:n väestö- ja kehityskonferenssin käsitelmäärittelyn jälkeen (Ryttyläinen & Valkama 2010, 17). WHO määrittelee seksuaaliterveyden seksuaalisuuteen liittyväksi fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin tilaksi. WHO:n määritelmän mukaan hyvä seksuaaliterveys edellyttää myönteistä ja kunnioittavaa suhtautumista seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta turvallisiin ja nautinnollisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman väkivaltaa, pakottamista tai syrjintää. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen vaatii jokaisen ihmisen seksuaalioikeuksien kunnioittamista, toteuttamista ja suojelemista. (WHO 2006, 5.)

Seksuaaliterveys on edellytys lisääntymisterveydelle ja lisääntymisterveys nähdään osana seksuaaliterveyttä (STM 2007, 20). Lisääntymisterveys tarkoittaa hyvää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia kaikissa lisääntymiseen ja suvunjakamiseen liittyvissä toiminnoissa, ei ainoastaan sairauden poissaoloa. Lisääntymisterveys antaa mahdollisuuden turvalliseen sukupuolielämään ja suvunjakamiseen sekä vapauden päättää lastenhankinnasta ja sen ajankohdasta. Lisääntymisterveyden osa-alueita ovat perhesuunnittelu sekä raskauden ja synnytyksen hoito ja suunnittelu. (Ihme & Rainto 2008, 9.)

Seksuaaliterveyden edistäminen tapahtuu yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. Yksilötasolla ihmisiä tuetaan kokonaisvaltaiseen ja läpi elämän kestävään seksuaaliseen hyvinvointiin tarjoamalla esimerkiksi seksuaaliterveyspalveluita, seksuaalikasvatusta ja -valistusta. Yhteisöjen seksuaaliterveyden edistäminen on yhteisöjen voimavarojen ja verkostojen tukemista ja seksuaaliterveyden sisällyttämistä hoitoketjuihin ja kuntastrategiaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisia toimintaohjelmia. Seksuaaliterveyden edistäminen yhteiskunnassa on hallintoalojen tavoitteellista toimintaa, yhteistyötä ja kouluttamista sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmien ja suunnitelmien tekemisessä käytettävää näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 21.)

3.2 Seksuaalisuus ja parisuhde

Tyydyttävä seksuaalisuus on osa tervettä parisuhdetta. Se antaa mahdollisuuden jaettuun mielihyvään, keinoja vahvistaa parisuhdetta ja rakkautta sekä helpottaa jännitystä ja stressiä. Seksuaalisuus vahvistaa myös parisuhdesidettä. (Kumpula & Malinen 2006, 370.) Tyytyväisyyden parisuhteeseen on todettu lisäävän kumppanien terveyttä ja hyvinvointia (Ryttyläinen & Valkama 2010, 106). Seksuaalisuuden puuttuminen, häiriöt ja ongelmat kuluttavat parisuhdetta ja intiimiyyttä. Seksuaalisuuden tulisi olla arvokas ja riittävä osa-alue parisuhteessa. Tyydyttävän seksielämän tulisi kestää ristiriitoja ja pettymyksen ilmaisuja sekä antaa suhteen molemmille osapuolille, mitä he tarvitsevat ja haluavat. (Kumpula & Malinen 2006, 370.)

Parisuhdetta ja seksuaalisuutta käsitellään perhesuunnittelukäyntien yhteydessä. Tietojen ja tietoisuuden lisääminen, parisuhdeasioista keskusteleminen ja puheeksi ottaminen ovat perhesuunnittelutyön keinoja parisuhteen tukemiseen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 107.) Keskustelun tavoitteena on, että asiakas ymmärtää ystävyyden ja parisuhteen välisen eron ja ottaa vastuun itsestään ja kumppanistaan. Asiakkaan kanssa keskustellaan seurustelusta/parisuhteesta, tunteista ja tunteiden osoittamisesta sekä intiimiydestä. Vastaanottokäynnillä terveydenhoitaja voi ottaa seksuaalisuuden ja parisuhteen puheeksi erityisesti nuorten asiakkaiden kohdalla esimerkiksi seuraavien kysymysten avulla:

- *Onko asiakas seurustellut tai seurusteleeko hän tällä hetkellä?*
- *Kuinka kauan hän on seurustellut?*
- *Minkälaiselta seurustelu tuntuu?*
- *Minkä ikäinen kumppani on?*
- *Onko parisuhde turvallisella pohjalla?*
- *Onko asiakkaalla aiempia seksikokemuksia ja millaisia ne ovat olleet?*
- *Onko seurustelusuhteisiin liittynyt pettymyksen tunteita ja miten asiakas on niistä selvinnyt?*

(Ryttyläinen & Valkama 2010, 94.)

3.3 Seksuaalioikeudet

Seksuaali- ja lisääntymisterveys perustuvat seksuaalioikeuksiin, jotka ovat osa kansainvälisiä ihmisoikeuksia. Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestöjen liitto (IPPF) laati vuonna 1995 seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien peruskirjan, jonka pohjalta vuonna 2008 laadittiin seksuaalioikeuksien julistus, jossa on 12 seksuaalioikeutta, jotka pohjautuvat YK:n ihmisoikeusjulistukseen ja näin ollen kuuluvat kaikille ihmisille. Seksuaalioikeuksien tavoitteena on edistää ja suojella seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien toteutumista kaikissa poliittisissa, taloudellisissa ja kulttuurisissa yhteiskuntajärjestelmissä. (Seksuaalioikeudet osana ihmisoikeuksia 2006, 3.)

TAULUKKO 1. Seksuaalioikeudet.

(IPPF Charten on sexual and reproductive rights 1996, 7; Seksuaalioikeudet)

1. Oikeus elämään
2. Oikeus vapauteen ja turvallisuuteen
3. Oikeus tasa-arvoon ja vapauteen kaikesta syrjinnästä
4. Oikeus yksityisyyteen
5. Oikeus ajattelun vapauteen
6. Oikeus tietoon ja koulutukseen
7. Oikeus päättää naimisiinmenosta, perheen perustamisesta ja perhesuunnittelusta
8. Oikeus päättää lastenhankinnasta ja ajankohdasta
9. Oikeus terveydenhoitoon ja terveydensuojeluun
10. Oikeus tieteellisen kehityksen tuomiin etuihin
11. Kokoonottomisoikeus ja oikeus poliittiseen osallistumiseen
12. Oikeus olla tulematta kidutetuksi tai pahoinpidellyksi

Seksuaalioikeudet on esitetty taulukossa 1 ja niiden keskeinen sisältö on, että jokaisella on oikeus tietoisesti ja vastuullisesti päättää omasta seksuaalisuudestaan ja siihen liittyvistä asioista (Ryttyläinen & Valkama 2010, 14). Yhteiskunnan on järjestettävä seksuaaliterveyttä edistäviä palveluita ja jokaisella on oikeus saada tarvitsemaansa tietoa, neuvontaa ja hoitoa (Kontula 2000, 58). Jokaisella on oikeus myös kehon koskemattomuuden kunnioittamiseen, kumppanin valintaan ja itsemääräämisoikeuteen sekä oikeus tavoitella turvallista ja nautinnollista seksuaalielämää vapaana pakottamisesta, riistosta ja väkivallasta (Ryttyläinen & Valkama 2010, 14). Seksuaalioikeuksien myöntäminen ja edistäminen mahdollistavat seksuaaliterveyden saavuttamisen (Kättilötyö 2006, 541).

Terveystenhoitajan tulee kunnioittaa potilaan ja asiakkaan seksuaalioikeuksia antamalla potilaan itse määrittää tai olla määrittelemättä omaa seksuaalisuuttaan ja jakamalla tietoa seksuaaliterveyden edistämisestä tai sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen. Terveystenhoitaja suorittaa hoitotoimenpiteet potilaan intymiteettiä suojaten. Hoitotyöntekijän on kerrottava jokaiselle kuuluvista seksuaalioikeuksista ja ettei kenelläkään ole lupaa loukata ihmisen seksuaalista itsemääräämisoikeutta. Seksuaalioikeuksien tulisi kuulua osaksi kaikkien potilaiden saatavilla olevaa terveysneuvontaa ja seksuaaliohjausta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 17.)

3.4 Terveystenhoitaja seksuaaliterveyden edistäjänä

Seksuaali- ja lisääntymisterveys luokitellaan osaksi kansanterveyttä ja seksuaaliterveyden edistäminen on osa terveyden edistämistä (STM 2007, 21). Terveysten edistäminen kuvataan usein prosessina, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Terveysten edistämisen tavoitteena on parantaa terveysoloja ja mahdollistaa ihmisille kyky vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. Terveysten edistäminen on tärkeä osa terveystenhoitajan työtä. Terveysten edistämistyössä keskitytään asiakkaiden voimavarojen tukemiseen ja asiakkaiden osallistumisen edistämiseen. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 51–52.) Seksuaaliterveyden edistämisen tulisi pohjautua terveystenhuollon lainsäädäntöön, seksuaalioikeuksiin, opetussuunnitelmaan, laadukkaisiin terveyspalveluihin, päätöksentekoon ja näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon (Aho 2006).

Terveydenhoitaja toimii yksilötason seksuaaliterveyden edistäjänä esimerkiksi vastaanottotilanteissa. Vastaanottotilanteessa terveydenhoitajalla on mahdollisuus antaa asiakkaille henkilökohtaisia ohjeita ja neuvoja seksuaaliterveyteen liittyen. (Aho 2006.) Vastaanottotilanteessa terveydenhoitajan tehtävänä on luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin luominen, jotta asiakas halutessaan uskaltaa puhua myös henkilökohtaisista, aroista ja vaikeista asioista. (Ihme & Rainto 2008, 27.)

Terveydenhoitajalla on keskeinen rooli myös yhteisöjen seksuaaliterveyden edistäjänä. Terveydenhoitajalla on ajankohtainen ja laaja tietämys oman alueensa ja yhteisöjen tilanteesta ja tarpeista, työskentelipä hän koululla, neuvolapalveluissa tai missä tahansa muualla. Terveydenhoitaja toimii tiedon, toimintamallien sekä ohjaus- ja neuvontamateriaalien välittäjänä ja pyrkii toiminnallaan vaikuttamaan yhteisöjen arvoihin ja asenteisiin. (Aho 2006.)

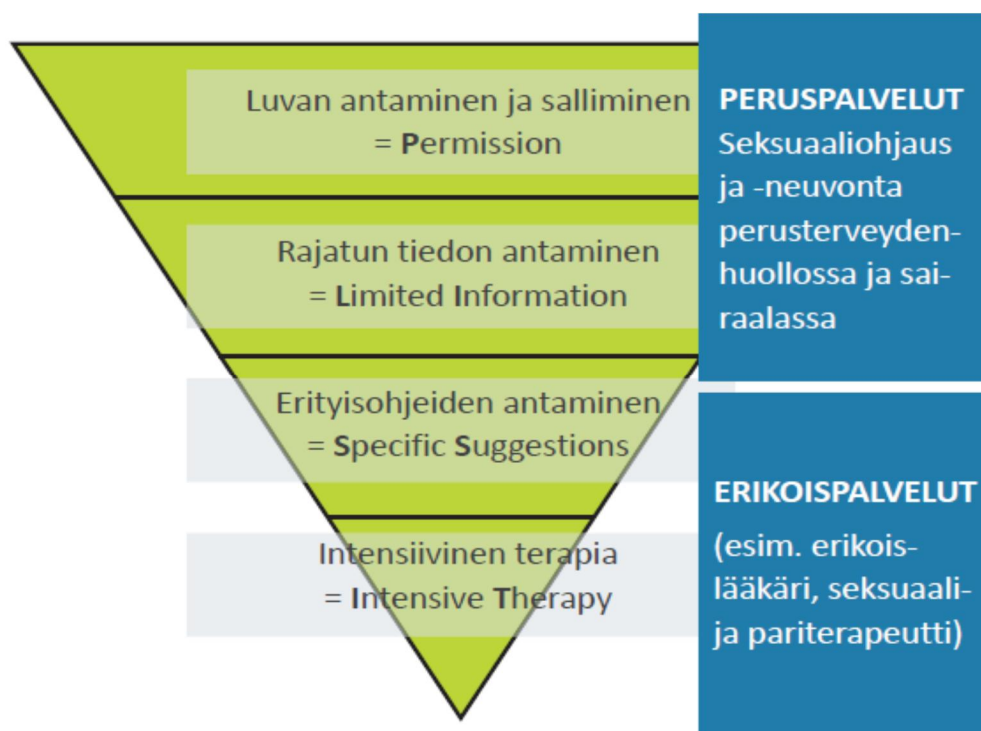
Yhteiskunnan seksuaaliterveyden edistämiseksi pyritään vaikuttamaan päätöksentekoon. Terveydenhoitaja osallistuu päätöksentekoon ja vastaa omalta osaltaan terveydenhoitajatyön laadusta ja kehittämisestä. Terveydenhoitaja toteuttaa työtään asianmukaisesti, toiminnan periaatteita ja tavoitteita noudattaen. Terveydenhoitajan on tärkeää päivittää tietonsa ja pohtia omaa suhtautumistaan seksuaalisuuteen ja omaan ammatillisuuteen, jotta seksuaalisuudesta keskusteleminen olisi luontevaa. (Aho 2006.)

3.4.1 Seksuaaliohjaus- ja neuvonta

Seksuaaliohjaus on kaikissa hoitotilanteissa tapahtuvaa tavoitteellista ja tilannekohtaista hoitotyöntekijöille kuuluvaa ammatillista vuorovaikutusta. Seksuaaliohjauksen keskeisenä tavoitteena asiakkaan seksuaalisuuden hyväksyminen ja antaa tietoa seksuaalisuuteen ja hoitoon liittyvistä asioista. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2.) Seksuaaliohjaus tulisi nähdä tärkeänä osa-alueena hoitosuhteessa. Seksuaaliterveyttä voidaan edistää lisäämällä potilaiden tai asiakkaiden voimavaroja seksuaalisten suhteiden solmimisessa ja hyvän vuorovaikutuksen ylläpitämisessä (Kontula 2000, 57).

Seksuaalineuvonta on asiakkaan tarpeista lähtevää yksilöllistä ja tavoitteellista vuorovaikutussuhteessa toteutuvaa seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvien asioiden sekä ongelmien käsittelyä. Seksuaalineuvonta on terveydenhuollon ammattihenkilöstön toteuttamaa prosessiluontoista ammatillista vuorovaikutusta. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 2.) Seksuaaliohjausta ja -neuvontaa on tarjottava kaikille iästä ja elämäntilanteesta riippumatta seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja sukupuolisuuteen liittyvissä kysymyksissä ja ongelmissa. Seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan tulee olla osa normaalia hoitotyötä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142.)

3.4.2 PLISSIT-malli



KUVIO 1. PLISSIT-malli (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 3).

PLISSIT-malli on Jack Annonin vuonna 1976 kehittämä seksuaaliohjauksen, neuvonnan ja -terapian tasojen hahmottamisen apuna käytettävä käsitteellinen malli. PLISSIT-mallia voidaan käyttää apuna ammatillisessa työskentelyssä. Sen avulla terveydenhoitaja voi arvioida asiakkaan tarvitsemaa seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan tasoa ja käytettäviä ohjaus-, neuvonta- ja hoitomenetelmiä. Mallin avulla terveydenhoitaja voi arvioida myös oman ammatillisen pätevyyden riittävyyttä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 51.)

Kuviossa 1 esitetään PLISSIT-mallin käsittämät neljä tasoa, jotka kuvaavat erilaisia seksuaalisuutta ja sen ongelmia käsitteleviä lähestymistapoja. Mallissa esitetyt neljä

tasoa ovat **Permission** eli luvan antaminen, **Limited Information** eli rajattu tieto, **Spesific Suggestions** eli erityisohjeet ja **Intensive Therapy** eli intensiivinen terapia. Seksuaalisuuden kohtaaminen ja huomioiminen tapahtuvat perusterveydenhuollossa luvan antamisen tasolla ja soveltuvien osin rajatun tiedon antamisena. Suurta osaa asiakkaista voidaan auttaa seksuaalisuuteen liittyvissä ongelmissa hyväksymällä seksuaalisuus osaksi elämää ja antamalla tietoa, tukea ja ohjausta. Tämän vuoksi kuvion 1 ensimmäinen taso on esitetty suurimpana. Erityisohjeita ja intensiivistä terapiaa tarvitsevia potilaita on vähän, sillä valtaosaa heistä pystytään auttamaan jo mallin edellisillä tasoilla. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 52–53.)

Kuvion 1 yläosa muodostuu luvan antamisen tasosta, joka on positiivista ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen. Luvan antamisen tasolla kuullaan asiakkaan ajatuksia, huolenaiheita ja kysymyksiä seksuaalisuuteen liittyvistä ajatuksista, fantasioista, unelmista, tunteista ja käyttäytymisestä. Luvan antaminen merkitsee sitä, että hoitaja antaa asiakkaalle sanallisen tai sanattoman viestin siitä, että asiakkaan seksuaalisuuteen liittyvät ajatukset tunteet ja tarpeet ovat hyväksyttäviä ja normaaleja. Asiakasta myös tuetaan ilmaisemaan omaa seksuaalisuuttaan myönteisellä ja vastuullisella tavalla. Mallin ensimmäisellä tasolla asiakkaan ongelmaan riittää hoidoksi kuunteleminen ja tilanteen normalisoiminen. Asiakkaalle annetaan lupa seksuaalisuudesta puhumiselle. Luvan antaminen toimii ennaltaehkäisevänä ja hoitavana toimintana, eikä tarkoituksena ole keskittyä syvällisiin ja traumaattisiin seksuaaliongelmiiin. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 52.)

Rajatun tiedon antaminen kuvataan edellä olevan kuvion 1 kuvion toisella tasolla. Rajatun tiedon antaminen merkitsee tiedon antamista nimenomaan siitä asiasta, mikä asiakasta huolettaa tai mistä häneltä näyttää tietoa puuttuvan. Tietoa annetaan esimerkiksi sukupuolielinten anatomiaan, fysiologisiin reaktioihin, raskauteen, synnytykseen, ehkäisyyn, aborttiin, seksitauteihin, seksuaalihäiriöihin, lääkityksiin, seksuaaliseen suuntautumiseen tai moninaisuuteen liittyen. (Ryttyläinen & Virolainen 2009, 4.) Tiedon puute aiheuttaa uskomuksia ja kuvitelmia, joista voi seurata turhia pelkoja ja ahdistusta (Ilmonen 2006, 52).

PLISSIT-mallin alemmilla tasoilla työntekijältä vaaditaan usein erityistä perehtymistä seksuaaliongelmiiin ja lyhyt- tai ratkaisukeskeisen terapian hallintaa. Viimeisellä tasolla asiakkaan ongelmat ovat laajoja ja monitahoisia ja ne vaativat pitkäkestoista

seksuaaliterapiaa. (Kättilötyö 2006, 555.) Monissa ongelmatilanteissa hoitaja voi kuitenkin antaa käytännön neuvoja ja ohjeita oman kokemuksen, koulutuksen ja terveen järjen pohjalta. (Ilmonen 2006, 55.)

3.5 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011

Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden työryhmän laatiman kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007–2011 tavoitteena on edistää väestön, pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Toimintaohjelmassa määritellään suuntaviivat lähivuosien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyöhön ja johtamisen, palvelurakenteen, toimintatapojen sekä osaamisen kehittämiseen. (STM 2007, 3-4.)

Toimintaohjelmassa on asetettu tavoitteet ja laadittu toimintasuunnitelma 14 aihekokonaisuuteen perustuen vuosille 2007–2011. Toimintaehdotukset perustuvat väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden tietouden parantamiseen ja kattavan seksuaalineuvonnan liittämiseen osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja, sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden järjestämiseen. Toimintaohjelma käsittää raskauden ajan, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisen hoidon kehittämisen ja raskauden ehkäisypalveluiden ja raskauden keskeyttämisen hoidon edistämisen. Sukupuolitautilien ehkäisy ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tunnistaminen ja hoidon ja ehkäisytyön tehostaminen sisältyvät myös toimintaohjelman aihekokonaisuuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen kehittäminen, tilastointi- ja seurantajärjestelmien sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen vahvistaminen ovat tärkeässä roolissa alan kehityksessä. (STM 2007, 3-4.)

Yhteistyön, koordinoinnin ja työnjaon kehittämiseksi toimintaohjelma esittää järjestettäväksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijaorganisaation ja hallinnonalojen yhteistyökysymyksiä ja koordinointia käsittelevän yhteistyöelimen yhteistyön lisäämiseksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen keskeisten toimijoiden välillä. (STM 2007, 171.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, johdolle, keskeisille yhteistyökumppaneille ja luottamushenkilöille. Toimintaohjelmaa voidaan myös käyttää hyväksi sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa ja korkeakoulutuksessa. (STM 2007, 3.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt toimintaohjelman toteutuksen säännöllisen seurannan. Vuonna 2009 sosiaali- ja terveysministeriö järjesti valtakunnallisen seurantaseminaarin, jossa arvioitiin toimintaohjelman toimeenpanon edistymistä ja havainnoitiin esille tulleita ongelmia. Vuonna 2011 sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes arvioi ohjelman toimeenpanoa. Sosiaali- ja terveysministeriön odotetaan päivittävän toimintaohjelman vuonna 2012. (STM 2007, 181.)

4 RASKAUDEN EHKÄISY

4.1 Raskauden edellytykset

Raskauden ehkäisyä käyttävällä asiakkaalla ja hänen kumppanillaan sekä raskautta suunnittelevalla pariskunnalla on hyvä olla käytännön tietoa siitä, kuinka raskauden ehkäisyvalmisteet vaikuttavat elimistössä ja kuinka raskaaksi tulemisen mahdollisuutta voi halutessaan tehostaa tai estää. Raskauden fysiologisten edellytysten tunteminen on perusedellytys käytännön tason perhesuunnittelulle. (Eskola & Hytönen 2002, 72.)

Naisen kuukautiskierron keskivaiheilla toisesta munasarjasta irtoaa munasolu, joka on hedelmöittymiskykyinen 12–24 tuntia ovulaatiosta. Ovulaatio tarkoittaa munasolun irtoamista munasarjasta. Yhdynnässä noin 200 miljoonaa siittiötä purkautuu miehen siittimestä naisen emättimeen. Osa siittiöistä läpäisee kohdunkaulan liman ja jatkaa matkaa kohtuun. Vain pieni osa siittiöistä onnistuu pääsemään munanjohtimiin ja näistä siittiöistä vain 100–200 pääsee munasolun lähetyville. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2008, 420.)

Hedelmöittyminen eli konseptio tapahtuu useimmiten munanjohtimen yläpäässä (Härkönen & Väänänen 2004, 16). Kun yksi siittiö on läpäissyt munasolun solukerroksen, munasolu muuttuu muita siittiöitä läpäisemättömäksi.

Hedelmöittyminen tarkoittaa munasolun ja siittiön yhteensulautumista, jonka tuloksena syntyy hedelmöittynyt munasolu eli tsygootti. (Bjälle ym. 2008, 421.)

Raskautta suunnittelevan parin kannattaa ajoittaa yhdyntänsä ovulaation aikaan. Nykyisin markkinoilla on luotettavia virtsasta tehtäviä ovulaatiotestejä, jotka ennustavat munasolun irtoamista ja otollisinta aikaa hedelmöitymiselle.

Hedelmöitymisen edellytyksenä on, että terve munasolu ja siittiösolu kohtaavat oikealla hetkellä ja munasolu kykenee kiinnittymään terveeseen kohdun limakalvoon. (Eskola & Hytönen 2002, 72–75.)

4.2 Raskauden ehkäisymenetelmän valinta

Sopivan raskauden ehkäisymenetelmän valintaa ohjaavat monet vaatimukset. Toimiva raskauden ehkäisy ylläpitää ja edistää asiakkaan seksuaaliterveyttä. Nykypäivänä raskauden ehkäisymenetelmältä odotetaan luotettavuutta, nopeaa vaikutusta, vaivattomuutta ja se ei myöskään saa olla liian hintava kuluiltaan. Ehkäisymenetelmän tulee myös olla helposti vaihdettavissa elämäntilanteen ja ehkäisytarpeen mukaan. Käytössä oleva ehkäisy ei saa vaarantaa käyttäjän terveyttä tai mahdollisuutta synnyttää terveitä lapsia. Ehkäisymenetelmää valittaessa tulee huomioda asiakkaan tarpeet ja hänen odotuksensa. Valintaan vaikuttavat myös henkilökunnan ammattitaito ja asiantuntijuus. Terveystieteiden tulee antaa asiakkaalle asiantuntevaa neuvontaa markkinoilla olevista ehkäisymenetelmistä, jotta asiakkaalla on mahdollisuus valita juuri hänelle sopiva raskauden ehkäisymenetelmä. (Eskola & Hytönen 2002, 72–74.)

Ehkäisymenetelmien ehkäisytehoa mitataan lääketieteessä Pearlin indeksillä, joka kuvaa sitä kuinka moni nainen sadasta tulee raskaaksi käytettyään kyseistä ehkäisymenetelmää vuoden ajan. Ehkäisymenetelmä on sitä luotettavampi, mitä pienempi Pearlin luku on. Eri ehkäisymenetelmien Pearlin indeksi on 0,1-25 ja se pitää sisällään myös menetelmän käyttäjän mahdolliset ehkäisyn laiminlyönnit. Ilman raskauden ehkäisyä Pearlin luku on vuoden aikana 60–90. (Eskola & Hytönen 2002, 74.)

Terveystenhoitaja vastaa usein asiakkaan ensimmäisestä ehkäisyneuvontakäynnistä. Vastaanotolla terveydenhoitaja käy yhdessä asiakkaan kanssa läpi tarkan anamneesin eli asiakkaan taustatiedot, jotka ovat pohjana sopivan ehkäisymenetelmän valinnalle. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 91.) Anamneesissa tulee selvittää asiakkaan ikä, synnyttäneisyys, tupakointi, terveydentila (verenpaine, BMI eli painoindeksi, sairaudet, lääkitykset), lähisuvussa esiintyvä tukostaipumus, parisuhde, kulttuuritausta, asiakkaan oma mielipide, ehkäisyn suunniteltu kesto, ehkäisyn hinta ja ehkäisyn varmuus. (Kätilötyö 2006, 601.) Asiakkaan kuukautishistoria ja gynekologinen historia tulee myös kartoittaa tarkasti ennen ehkäisyn aloittamista. Alla olevassa kuviossa 2 on esitetty yhteenveto ehkäisyn aloituksessa tarvittavista gynekologisista esitiedoista. (Eskola & Hytönen 2002, 45)

<p>Kuukautisanamneesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • kuukautisten alkamisikä (M) • kuukautisvuodon kesto (D) • kuukautiskierron pituus (P) • säännöllisyys, runsaus, kuukautiskivut ja premenstruaaliset vaivat (turvotus, hermostuneisuus ja kivut ennen kuukautisia) • vaihdevuosiin liittyvät oireet 40–45 vuotiailla • kuukautisten loppuminen eli menopaussi 40–55-vuotiailla • viimeiset kuukautiset (v.m.)
<p>Gynekologinen anamneesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • aikaisemmat gynekologiset sairaudet ja leikkaukset, lääke- ja hormonihoitot • virtsatietulehdukset, sukupuolielinten tutkimukset ja toimenpiteet (irtosolunäyte, koepalat, kohdun kaavinta, kohdunsuun hoidot) • seksuaalianamneesi hedelmällisessä iässä olevilta: ehkäisyn tarve
<p>Raskauksiin ja synnytyksiin liittyvä anamneesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • raskauksien määrä • keskenmenot • raskauden keskeytykset
<p>Muut esitiedot</p> <ul style="list-style-type: none"> • sairaudet, lääkitys, allergiat • tupakointi ja päihteidenkäyttö • paino • RR • lähisuvussa esiintyvät sairaudet (laskimotukostaipuvuus, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, rintasyöpä) • asiakkaan elämäntilanne; siviilisääty, parisuhde ja sen laatu • asiakkaan oma toive ehkäisystä

KUVIO 2. Yhteenveto gynekologisista esitiedoista.
(Mukaillen Eskola & Hytönen 2002, 45).

Esitietojen läpi käymisen jälkeen terveydenhoitaja keskustelee asiakkaan kanssa eri menetelmien hyödyistä ja haitoista ja antaa vaihtoehtoja, joista asiakas valitsee itselleen sopivan ehkäisymenetelmän (Heikinheimo, Suhonen & Lähteenmäki 2011, 154). Terveydenhoitajalla tulisi olla laaja osaaminen ehkäisyyn liittyvissä asioissa, sillä työntekijän asiantuntijuudella on merkitystä siihen, kuinka asiakas kokee ehkäisyn ja kuinka hän motivoituu sen toteuttamiseen. Ehkäisyneuvonnan haasteellisimpia tavoitteita ovat asiakkaan ehkäisymotivaation löytäminen ja sen ylläpitäminen. Terveydenhuollon työntekijä kohtaa työssään eri-ikäisiä ja eri elämäntilanteessa olevia asiakkaita erilaisine tarpeineen. Seksuaaliterveyden edistämistyötä tekevän työntekijän tulisi kohdata jokainen ehkäisyä tarvitseva asiakas yksilöllisesti huomioiden hänen taustansa ja elämäntilanteensa. (Kättilötyö 2006, 600–602.)

Onnistuneessa raskauden ehkäisyssä asiakkaan omalla motivaatiolla on suuri merkitys. Motivaation lisäksi siihen vaikuttavat myös yksilön oma persoona, elämäntilanne, kulttuuri ja ympäristön käsitykset. Kun raskauden ehkäisy on kunnossa, on naisen mahdollista nauttia seksuaalisuudestaan ja seksuaalielämästään ilman raskaaksi tulemisen pelkoa. (Eskola & Hytönen 2002, 72–73.) Eri kulttuureissa suhtaudutaan monin eri tavoin raskauden ehkäisyyn, raskauden keskeytyksiin, synnytykseen ja imetykseen, joten asiakkaan kulttuurin tuntemisella on suuri merkitys ehkäisyneuvontaa annettaessa. (Kättilötyö 2006, 601.) Toimiva raskauden ehkäisy mahdollistaa sen, että ehkäisyn käyttäjä voi nauttia seksuaalisuudestaan ilman raskaaksi tulemisen tai sukupuolitautilien pelkoa (Ruusuvaara 2006, 202).

4.3 Yhdistelmähormoniehkäisy

Yhdistelmäpillerit

Nuorten naisten ensisijainen ehkäisymenetelmä on estrogeenia ja synteettistä keltarauhashormonia eli progesteronia sisältävä yhdistelmäehkäisyvalmiste. Yhdistelmäehkäisyä käytettäessä ovulaatio eli munasolun irtoaminen kuukautiskierron keskivaiheilla estyy, sillä pillereiden sisältämät hormonit estävät aivolisäkkeen gonadotrooppisen eli sukupuolirauhasten toimintaa säätelevän ja stimuloivan hormonin eritystä. Hormonit muuttavat myös kohdun limakalvon hedelmöittyneelle munasolulle epäedulliseksi ja siittiöitä huonosti läpäiseväksi. (Heikinheimo ym. 2011,

156.) Kohdun limakalvo myös jää tavallista ohuemmaksi ja munanjohtimissa tapahtuva liike hidastuu vaikeuttaen siittiöiden liikkumista eteenpäin (Eskola & Hytönen 2002, 77).

Yhdistelmäehkäisy on oikein käytettynä tehokas ja turvallinen ehkäisymenetelmä. Terveystenhoitajat ovat tärkeässä roolissa välittäessään oikeaa ja ajankohtaista tietoa ehkäisyasiakkaalle hormonaalisesta ehkäisystä. On tärkeää tuoda neuvonnassa esiin hormoniehkäisyn terveysvaikutukset ja mahdolliset sivuvaikutukset, sillä hormoniehkäisyyn liittyy paljon vääriä uskomuksia, joilla voi olla vaikutusta naisten ehkäisymotivaatioon. (Kättilötyö 2006, 601, 607.)

Yhdistelmäehkäisypillereitä käytetään valmisteesta riippuen 21–28 päivän jaksoissa kuukautisvuodon ensimmäisestä päivästä alkaen. Pilleriliuskojen välissä pidetään 2-7 päivän mittainen tauko pillereiden käyttämisestä tai käytetään lumetabletteja, jotka eivät sisällä hormoneja. Tauon aikana alkaa kuukautisvuodon kaltainen tyhjennysvuoto. Tauon jälkeen aloitetaan uusi kolmen viikon jakso riippumatta siitä minä päivänä tyhjennysvuoto on alkanut. (Heikinheimo ym. 2011, 158.) Hyvän ehkäisytalon säilymisen kannalta on tärkeää muistaa ottaa ehkäisypillerit säännöllisesti, sillä pillerin ehkäisyteho heikkenee, jos se otetaan 12 tuntia myöhemmin kuin pitäisi. Myös ripuli ja oksentelu voivat laskea ehkäisytehoa, ja siksi on suositeltavaa käyttää yhdynnöissä lisäksi kondomia seuraavaan tyhjennysvuotoon saakka, jolloin aloitetaan jälleen uusi sarja. (Eskola & Hytönen 2002, 77.)

Kuukautiset on mahdollista siirtää yhdistelmäehkäisypillereillä, kun käytössä on 21/7 annostus, voi kuukautisia siirtää korkeintaan 3 viikon ajan aloittamalla uusi pakkaus heti edellisen loputtua ilman taukoviikkoa. 24+4 annostuksella on mahdollista siirtää kuukautisia korkeintaan 24 päivää. Kuukautiset siirretään jättämällä käyttämättä pakkauksen 4 lumepilleriä ja siirtymällä seuraavaan pakkaukseen suoraan ilman taukopäiviä. Annostuksella 26+6 ei suositella kuukautisten siirtoa. (Tiitinen 2011a.)

Ehkäisyrengas

Ehkäisyrengas on estrogeenia ja keltarauhashormonia sisältävä läpinäkyvä ja taipuisa rengas, jonka halkaisija on 54 mm ja poikittaismitta 4 mm. Nainen asettaa renkaan itse emättimeen kolmeksi viikoksi kerrallaan, jonka jälkeen pidetään viikon mittainen tauko, jolloin tyhjennysvuoto alkaa 2-3 päivän kuluessa. Uuden renkaan nainen

asettaa paikalleen taukoviikon päätyttyä. Ehkäisyrengas vaikuttaa elimistössä samalla tavalla kuin ehkäisypillerit estäen munasolun kehittymisen ja irtoamisen ja myös ehkäisyteho on sama. Ruumiinlämmön vaikutuksesta renkaan sisältämät hormonit vapautuvat tasaisesti emättimen seinämän läpi, jonka ansiosta hormonien määrä elimistössä pysyy koko ajan tasaisena ja hormonipitoisuuksien vaihtelusta johtuvia sivuvaikutuksia on vähemmän. Emättimen kautta annostelun takia ehkäisyrenkaan ehkäisyteho ei kärsi ruoansulatuskanavan häiriöistä, kuten ripulista tai oksentelusta. (Heikinheimo ym. 2011, 158.)

Vähähormoninen ehkäisyrengas sopii niin ehkäisyn aloitukseen ja myös ehkäisymenetelmää vaihdettaessa. Ehkäisyrengas on rinnakkaismenetelmä yhdistelmäpillereille ja sen käytölle on samat vasta-aiheet kuin pillereille. (Heikinheimo ym. 2011, 158.) Myös kuukautisten siirtäminen ehkäisyrenkaalla tapahtuu yhdistelmäpillereiden tapaan. Jos nainen haluaa siirtää kuukautisiaan, tulee hänen aloittaa uuden renkaan käyttö ilman taukoa. Seuraavaa rengasta voidaan käyttää enintään 3 viikkoa, jonka jälkeen pidetään viikon mittainen tauko, jonka jälkeen aloitetaan säännöllinen käyttö normaaliin tapaan. (Tiitinen 2011a.) Rengas voi olla paikallaan myös yhdynnän aikana, mutta jos se halutaan poistaa, on muistettava laittaa se takaisin viimeistään kolmen tunnin kuluttua yhdynnästä, sillä muutoin ehkäisyteho laskee (Heikinheimo 2006, 1790).

Ehkäisylaastari

Ehkäisylaastari on iholle asetettava ehkäisymenetelmä, joka sisältää keltarauhashormonin johdos norelgestromiinia ja etinyyliestradiolia, joka on estrogeenia muistuttava synteettinen naishormoni. Laastari sopii yleisesti niille kenellä ei ole vasta-aiheita yhdistelmäehkäisyn käytössä. Asiakkaan tulee muistaa vaihtaa laastari kerran viikossa samana viikonpäivänä kolmen viikon ajan, jonka jälkeen pidetään taukoviikko, jolloin tyhjennysvuoto tapahtuu. (Hanhirova 2010, 558.)

Laastarin voi asettaa asetuskohtaa viikoittain vaihdellen vatsaan, pakaraan, yläselkään ja olkavarteen. Ehkäisylaastaria ei saa kiinnittää rintojen alueelle eikä ärtyneelle, punoittavalle tai haavaiselle ihoalueelle. Ehkäisylaastarista vapautuu etinyyliestradiolia 20 mikrogrammaa ja norelgestromiinia noin 150 mikrogrammaa

päivässä. Ehkäisylaastarin teho saattaa olla jonkin verran heikentynyt naisilla, jotka painavat yli 90 kg. (Heikinheimo 2006, 1790–1791.)

Hormonaalista ehkäisyä aloitettaessa asetetaan ensimmäinen ehkäisylaastari kuukautiskierron ensimmäisenä vuotopäivänä. Tässä tapauksessa lisäehkäisyn käytölle ei ole tarvetta. Lisäehkäisynä tulee käyttää kondomia viikon ajan, jos laastaria aletaan käyttää kuukautiskierron 2.-5. päivänä. Yhdistelmäehkäisytablettien käytöstä laastarin käyttöön siirryttäessä tulee odottaa kuukautisvuodon alkamista ja uusi laastari kiinnitetään 24 tunnin sisällä kuukautisten alkamisesta. Mikäli uutta laastaria ei kiinnitetä vuorokauden sisällä, tulee asiakkaan käyttää lisäehkäisynä kondomia viikon ajan. Minipillereitä käyttänyt voi siirtyä käyttämään suoraan laastaria ilman taukoa, implantaatista heti sen poistopäivänä ja injektioista heti sen suunniteltuna pistopäivänä. Synnytyksen jälkeen tulee naisen odottaa ensimmäisiä normaaleja kuukautisia ennen laastarin käytön aloittamista. On tärkeää muistaa myös, ettei ehkäisylaastaria suositella muiden yhdistelmäehkäisyvalmisteiden tapaan käytettäväksi jos nainen imettää. Raskauden keskeytyksen tai keskenmenon jälkeen tulee konsultoida lääkäriä ehkäisylaastarin aloittamisen suhteen. (Hormonaaliset ehkäisyvalmisteet: ehkäisylaastari 2009.)

Yhdistelmähormoniehkäisyn käytön vasta-aiheet

Yhdistelmähormoniehkäisyn ehdottomia vasta-aiheita ovat: aiemmin sairastettu syvä laskimoveritulppa itsellä tai ensimmäisen asteen sukulaisella, iskeeminen eli hapen puutteesta johtuva sydänsairaus, aivohalvaus, TIA eli ohimenevä aivoverenkierron häiriö, perinnöllinen trombofili eli tukosalttius, aktiivinen maksatauti, selvittämätön vuoto emättimestä, diabetes, jossa on vakavia liitännäissairauksia, rinta- ja kohtusyöpä, aurallinen migreeni, johon liittyy tunto- ja näköhäiriöitä, kohonnut verenpaine $\geq 160/100$ mmHg, raskaus sekä tupakointi ja yli 35 vuoden ikä. (Heikinheimo ym. 2011, 159.)

Suhteellisia vasta-aiheita yhdistelmäehkäisyn aloittamiselle ovat tupakointi, suonikohjut, yli 45 vuoden ikä, jatkuvasti koholla oleva verenpaine, lähisukulaisen nuorena todettu rintasyöpä, raskaushepatoosi eli raskausaikana ilmenevä maksan toimintahäiriö, sappivaivat, sydänvika, imetys, pitkittynyt immobilisaatio eli liikkumattomuus. (Heikinheimo ym. 2011, 159.)

Yhdistelmäehkäisyvalmisteissa olevan etyyliestradiolin on tutkittu lisäävän käyttäjillä tromboosiriskiä, eli alttiutta saada **laskimoveritulppa**. Tromboosiriskiin vaikuttaa valmisteiden sisältämä estrogeeniannos ja progestiini-komponentti. Tämän takia on ehdottoman tärkeää ehkäisymenetelmää valittaessa selvittää asiakkaan esitiedoista mahdolliset muut tromboosiriskiä nostavat tekijät, kuten perinnöllinen alttius, tupakointi ja ylipaino. (Halttunen.) Yhdistelmäehkäisy on vasta-aiheinen, jos asiakkaalla on ollut aikaisempi laskimotukos tai on olemassa vahvoja viitteitä perinnöllisestä tukostaipumuksesta, eli vanhemmilla tai sisaruksilla on ollut syvä laskimotukos tai keuhkoembolia eli keuhkoveritulppa. (Kaaja & Heikinheimo 2008, 451, 453, 455.)

Monet pitkäaikaissairaudet voivat olla vasta-aihe yhdistelmäehkäisyn käytölle, sillä ehkäisyvalmisteiden sisältämät hormonit saattavat vaikuttaa sairauden pahenemiseen, voimistavat sairauskohtauksia ja niillä voi olla vaikutusta myös sairauteen liittyviin terveysriskeihin. Syövän sairastaneen raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa tulee ottaa huomioon menetelmän turvallisuus syövän hoitoon liittyvien riskien kanssa ja sairauden mahdollisen uusiutumisen kannalta. **Rinta- ja kohtusyöpä** ovat hormoniriippuvaisia syöpiä, eli estrogeeni voimistaa syövän kasvua. Estrogeenia sisältävät yhdistelmävalmisteita ei tämän takia voida suositella rinta- tai kohtusyövän sairastaneille naisille. (Morin-Papunen, Lehtovirta & Tiitinen 2008, 437–438.)

Aurallista migreeniä sairastavan ei tule käyttää yhdistelmäehkäisyvalmisteita, sillä näköauralliset migreenikohtaukset lisäävät aivoinfarktiriskiä. Myös auraton migreeni yhdistettynä aivoinfarktin riskitekijöihin, kuten tupakointiin, korkeaan verenpaineeseen ja ylipainoon on suhteellinen vasta-aihe yhdistelmäehkäisyn käytölle. (Morin-Papunen ym. 2008, 438–439.)

Yhdistelmäehkäisyllä ei ole todettu olevan vaikutusta **epilepsian** hoidossa. Yhdistelmäehkäisy ei vaikuta epileptisten kohtausten määrään eikä se heikennä epilepsialääkkeiden vaikutusta. Ainoa poikkeuksena on lamotrigiini, jonka plasmapitoisuus voi pienentyä 40–60%:lla yhdistelmäehkäisyä käytettäessä ja sen takia lääkkeen pitoisuutta tulisi seurata säännöllisesti. Eräiden epilepsialääkkeiden on kuitenkin arveltu heikentävän yhdistelmäehkäisyvalmisteiden ehkäisytehoa. Tämän takia epilepsiaa sairastaville ei tule määrätä kaikkein vähähormonisimpia valmisteita. Tiputtelu ja läpivuoto ovat tyypillisiä sivuvaikutuksia yhdistelmäehkäisyä käyttävillä

epileptikoille ja vuotojen uskotaan liittyvän heikentyneeseen ehkäisytehoon. (Morin-Papunen ym. 2008, 439.)

Diabetesta sairastavan asiakkaan kohdalla yhdistelmäehkäisyn aloittamista tulee pohtia yksilöllisesti, sillä diabetekseen liittyy usein verisuonimuutoksia ja kohde-elin vaurioita, kuten retinopatiaa eli diabeettista verkkokalvosairautta tai diabeettista nefropatiaa eli diabeteksen aiheuttamaa munuaisvauriota. Jos naisella on korkea hoitamaton verenpaine tai todettuja verisuonimuutoksia, ei yhdistelmäehkäisyä tule käyttää lisääntyneen sydän- ja verisuonitapahtumariskin takia. Nykyisin käytössä olevat ehkäisytabletit vaikuttavat hyvin vähän diabeetikon glukoosiainetasapainoon eikä niillä ole vaikutusta insuliinin tarpeeseen. Yhdistelmäehkäisyvalmisteita voi käyttää hyvässä hoitotasapainossa oleva diabeetikko, jolla ei ole todettu lisäsairauksia. (Morin-Papunen ym. 2008, 441.)

Kohonnut verenpaine on yksi sydän- ja verisuonihaittatapahtumien riskitekijä. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet saattavat nostaa verenpainetta noin 4-9 mmHg, lukuun ottamatta drospirenoniprogестиinia sisältäviä valmisteita. (Hurskainen 2008, 464.) Yhdistelmäehkäisyä ei tule aloittaa jos asiakkaan verenpaine on toistuvasti yli 160/100 mmHg (Heikinheimo 2011, 159).

Myös **ylipaino** voi olla suhteellinen vasta-aihe yhdistelmäehkäisylle, jos BMI>30, sillä ylipainon on epäily heikentävän ehkäisyvalmisteen tehoa. Holt, Scholes, Wicklund, Cushing-Haugen ja Daling (2005) ovat tutkineet painoindeksin vaikutusta yhdistelmävalmisteiden ehkäisytehoon ja tutkimuksessa todettiin raskausriskin olevan 60 % suurempi yhdistelmäehkäisyä käyttävillä naisilla, joiden BMI oli yli 27kg/ m² verrattuna naisiin joiden BMI oli vähemmän. Painoindeksillä saattaa olla vaikutusta yhdistelmäehkäisyvalmisteiden sisältämien steroidien rasvaliukoisuuteen tai metaboliaan ja sitä kautta ylipaino saattaa alentaa yhdistelmävalmisteiden ehkäisytehoa. (Hurskainen 2008, 465.)

Tupakoinnin on todettu yhdessä yhdistelmäehkäisyn käytön kanssa lisäävän sydäninfarktirisikin lähes kymmenkertaiseksi ja aivoinfarktirisikiä 4-6-kertaiseksi verrattuna naisiin, jotka eivät polta ja käytä yhdistelmäehkäisyvalmisteita. Yli 35-vuotialle tupakoitsijoille tai runsaasti tupakoiville naisille ei tule aloittaa yhdistelmäehkäisyä. Tupakoivalle naisille suositeltava hormonaalinen ehkäisy menetelmä on progestiiniehkäisy. (Hurskainen 2008, 465.)

Yhdistelmähormonien ehkäisyyn terveyshyödyt

Hormonien ehkäisyllä on luotettavuutensa lisäksi monia terveydellisiä vaikutuksia. Sen on todettu vähentävän naisilla munasarja- ja kohtusyöpää, kuukautiskierto muuttuu säännöllisemmäksi ja kuukautisvuoto niukkenee, kuukautiskivut vähenevät ja nainen pystyy itse kontrolloimaan tyhjennysvuodon ajankohtaa. Yhdistelmähormonien ehkäisy myös lievittää kuukautisia edeltäviä PMS-oireita, kuten rintojen arkuutta ja pingotusta, vatsan turvotusta, päänsärkyä ja mielialan vaihteluita. Yksi yhdistelmäehkäisyyn hyödyistä on myös hormonien suotuinen vaikutus iho-ongelmiin, kuten akneeseen ja sillä voidaan vähentää liikkakarvoitusta eli hirsutismia. Yhdistelmäehkäisyyn käyttäjillä esiintyy myös vähemmän kohdunulkoisia raskauksia ja sisäsynnytintulehduksia. (Heikinheimo ym. 2011, 156.)

Yhdistelmähormonien ehkäisyyn haittavaikutukset

Yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrenkas ja ehkäisykannat voivat aiheuttaa käyttäjälleen sivuvaikutuksia, jotka ilmenevät yksilöllisesti ja ovat yleensä vaarattomia ja ohimeneviä. Ensimmäisinä käyttökuukausina voi ilmetä pahoinvointia, rintojen pingotusta, tiputteluvuotoa tai kuukautisten poisjäämistä, mielialan muutoksia, ruokahalun lisääntymistä ja painonnousua, seksuaalista haluttomuutta, päänsärkyä sekä ihon rasvoittumista (Hanhirova 2010, 558). Monet näistä sivuvaikutuksista lieviytyvät tai katoavat kokonaan käyttöä jatkettaessa. Terveystoimittajan tulee kertoa ehkäisyä aloitettaessa näistä mahdollisista haitoista ja kehottaa asiakasta seuraamaan ehkäisyyn mahdollisia sivuvaikutuksia, jos sivuvaikutukset eivät lieviydy, voidaan pillerimerkkiä vaihtaa tai muuttaa ehkäisy menetelmää. (Heikinheimo ym. 2011, 158.)

Monista terveysvaikutuksista huolimatta yhdistelmäehkäisyyn liittyy myös harvinaisia vakavia haittavaikutuksia, joista vakavin on kohonnut riski saada laskimoveritulppa. Kaajan ja Heikinheimon (2008, 455) artikkelin mukaan terveen, ehkäisyä käyttämättömän naisen riski saada laskimotukos on noin 4/10 000, ja yhdistelmäehkäisyyn käyttö nostaa riskin noin 2-2,5-kertaiseksi. Raskaus ja lapsivuodeaika lisäävät laskimotukosriskin 6-kertaiseksi, joten on tärkeää, ettei huoli laskimotukosriskin kohoamisesta ole esteenä tehokkaan ehkäisy menetelmän valinnalle, sillä raskaus on tukoksen syntymisen kannalta yhdistelmäehkäisyä suurempi riski (Kaaja 2001, 2621).

Ehkäisy pillereistä aiheutuvat vakavat haitat ovat harvinaisia, mutta terveydenhoitajan tulee osata tunnistaa, jos yhdistelmäehkäisyä käyttävällä naisella ilmenee seuraavia oireita: voimakas vatsakipu, hengitysvaikeudet, voimakas rintakipu, verinen yskä, voimakas kipu jalassa, näköhäiriöt, keltaisuutta, vakavaa masennusta, kyhmyjä rinnassa, puhevaikeutta tai päänsärkyä, johon liittyy huimausta ja heikkoutta. Oireita ilmetessä tulee ehkäisyvalmisteen käyttö lopettaa ja asiakas ohjata välittömästi lääkärin vastaanotolle. (Aiheuttaako ehkäisy pilleri haittavaikutuksia?.)

Jälkiehkäisy

Jälkiehkäisyllä tarkoitetaan yhdynnän jälkeistä ehkäisyä, kun varsinainen ehkäisy on epäonnistunut tai sitä ei ole käytetty yhdynnän aikana. Ehkäisyn epäonnistumisella tarkoitetaan esimerkiksi kondomin puhkeamista, ehkäisy pillerin unohtamista tai kierukan irtoamista. (Hanhirova 2010, 501.) Suomessa markkinoilla on kaksi hormonaalista jälkiehkäisyvalmistetta: levonorgestreelia sisältävä Norlevo ja ulipristaalia sisältävä EllaOne. Lisäksi myös kuparikierukkaa on mahdollista käyttää jälkiehkäisynä. (Jälkiehkäisy 2010.)

Norlevo tabletti otetaan kerta-annoksena 1.5 mg suun kautta ja se tulisi ottaa mielellään 12 tunnin kuluessa yhdynnästä, mutta viimeistään 72 tunnin sisällä. Tabletin teho on sitä parempi mitä aiemmin sitä käytetään suojaamattoman jälkeen. Vuonna 2002 Norlevosta tuli reseptivapaa valmiste, mutta alle 15-vuotias tarvitsee sen ostamiseen lääkärin reseptin. Tabletin sisältämät hormonimäärät ovat suuria, joten sivuvaikutuksina voi esiintyä rintojen pingotusta, päänsärkyä, pahoinvointia tai oksentelua. Mikäli oksentelua ilmenee kolmen tunnin sisällä lääkkeenotosta, on lääkeannos syytä uusida. (Jälkiehkäisy 2010.)

Käypä hoito suosituksen mukaan imettäminen, tupakointi, migreeni, aikaisempi kohdun ulkopuolinen raskaus, muu kardiovaskulaarinen sairaus tai maksasairaus eivät ole vasta-aiheita levonorgestreelia sisältävän jälkiehkäisyn käyttämiselle. Jälkiehkäisyä voivat käyttää kaikenikäiset naiset. (Jälkiehkäisy 2010.) Vasta-aiheita levonorgestreelia sisältävälle jälkiehkäisylle ovat raskaus ja allergisuus jollekin lääkkeen ainesosalle (Hanhirova 2010, 561).

Ulipristaalia sisältävä EllaOne on reseptivalmiste ja se otetaan 30 mg kerta-annoksena 120 tunnin eli viiden vuorokauden kuluessa ehkäisyn pettämisen tai

suojaamattoman yhdynnän jälkeen, kun kuparikierukan käyttö jälkiesiintymisenä ei ole mahdollista. Ulipristaalia käytettäessä tulee ensin varmistua, ettei nainen ole raskaana. Sitä ei suositella astmaattikoille, joiden astma on epätasapainossa. Yleisimpiä käytön haittavaikutuksia ovat vatsakivut ja kuukautishäiriöt. Mikäli oksentelua ilmenee kolmen tunnin kuluessa lääkkeenotosta, tulee ottaa uusi tabletti. (Tarnanen, Kosunen & Vuorela 2010.)

Kuparikierukka on kolmas mahdollinen jälkiesiintymismenetelmä. Se voidaan asettaa kohtuonteloon lääkärint vastaanotolla viiden vuorokauden sisällä suojaamattomasta yhdynnästä tai ehkäisyyn pettäessä synnyttäneille ja synnyttämättömille naisille. Jälkiesiintymismenetelmänä kuparikierukka on tehokas ja se voidaan jättää halutessaan paikalleen, jolloin se toimii raskauden ehkäisyinä jopa viiden vuoden ajan. (Heikinheimo 2011, 161.) Jos tarvetta jatkoehkäisylle ei ole, voi kuparikierukan poistaa seuraavien kuukautisten jälkeen (Jälkiesiintymisy 2010). Kierukakkontrollit tapahtuvat normaaliin tapaan: ensimmäinen kontrollikäynti 3-6 kk kuluttua asetuksista ja 12 kuukauden kuluttua ja jatkossa seurantaikäynnit vuosittain (Hanhirva 2010, 560).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaan kaikki alle 20-vuotiaat jälkiesiintymistä hakevat asiakkaat tulisi ohjata apteekissa jälkitarkastukseen, jossa he saisivat yksilöllistä ohjausta ehkäisyyn ja seksuaalisuuteen liittyen. Toimintaohjelma suosittelee myös alle 30-vuotiaiden jälkiesiintymistä hakevien ohjaamista klamydiatestiin. Jokaisella terveydenhuollon toimipisteellä tulisi olla valmius toteuttaa jälkiesiintymisyä sitä pyytävälle asiakkaalle viivytyksettä. Kansanterveyslain mukaan jälkiesiintymisyvalmisteita voidaan tarvittaessa antaa asiakkaalle raskauden ehkäisyneuvonnan yhteydessä kunnallisen terveydenhuollon toimipisteistä. (Jälkiesiintymisy 2010.)

Ehkäisyneuvonnassa terveydenhoitajan tulee tuoda esiin, ettei jälkiesiintymistä tule käyttää ensisijaisena raskauden ehkäisymenetelmänä, sillä se ei suojaakaan sukupuolitaudeilta sekä korostaa jälkiesiintymisen käyttöä vain hätätapauksissa. Asiakkaan kanssa tulisi myös pohtia, mikä raskauden ehkäisymenetelmä olisi jatkossa hänelle sopivin. (Hanhirva 2010, 561.) Asiakkaan kanssa on tärkeää käydä läpi myös valmisteen mahdolliset sivuvaikutukset ja ohjata asiakasta tekemään raskaustesti mikäli kuukautisvuoto on poikkeavaa tai seuraavat kuukautiset ovat yli viisi

vuorokautta myöhässä. Alle 15 vuotiaan jälkiesitys kuuluu terveydenhuollon piiriin ja se voi toteuttaa terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja levonorgestreelivalmisteella. Lääkäri hoitaa jälkiesityksen kuparikierukalla ja jälkiesityksen ongelmatilanteissa, kuten seksuaalisen hyväksikäytön tai raiskauksen yhteydessä (Jälkiesitys 2010).

Jälkiesityksen käytön jälkeen on suositeltavaa tulla jälkitarkastuskäynnille noin kolmen viikon kuluttua, jos seuraavat kuukautiset ovat yli viisi päivää myöhässä tai vuoto on normaalista poikkeavaa. Jälkitarkastukseen tulisi ohjata etenkin alle 18-vuotiaat nuoret saamaan yksilöllistä ehkäisy- ja seksuaalisuusneuvontaa. (Hanhirova 2010, 561.) Terveydenhoitajan vastaanotolla tehtävässä jälkitarkastuksessa tehdään asiakkaalle tilanteen mukaisesti raskaustesti- ja/tai klamydiatesti sekä suunnitellaan kuinka raskauden ehkäisy jatkossa toteutetaan (Jälkiesitys 2010).

4.4 Progestiiniehkäisy

Minipillerit

Pelkkää keltarauhashormonia eli progestiinia, kuten desogestreeliä, levonorgestreeliä tai noretisteronia sisältäviä ehkäisytabletteja kutsutaan minipillereiksi (progesteron-only-pill). Säännöllinen progestiinin käyttö tekee kohdun limakalvon tavallista ohuemmaksi, jolloin munasolun kiinnittyminen siihen vaikeutuu ja se myös muuttaa kohdunsuun liman sitkeämmäksi ja niukaksi mikä vaikeuttaa siittiöiden liikkumista. Jatkuva progestiinin käyttö ei kuitenkaan täysin estä ovulaatiota, joten hyvän ehkäisytehon saavuttamiseksi tulee naisen ottaa minipillerit joka päivä ilman taukoja mahdollisimman samaan kellonaikaan, jotta ehkäisyteho ei heikkenisi. (Eskola & Hytönen. 2002, 78.) Heikinheimon (2006, 1972) mukaan progestiininiminipilleriehkäisy on hyvä vaihtoehto niille, joille yhdistelmäehkäisy ei sovi, sillä progestiiniehkäisyltä puuttuvat yhdistelmähormoniehkäisylle tyypilliset vasta-aiheet ja se soveltuu käytettäväksi myös imetyksen aikaan ehkäisyyn. Minipillereiden avulla ei voi siirtää kuukautisia (Tiitinen 2011a).

Ehkäisykapseli

Raskauden pitkäaikaiseen ehkäisyyn on kehitetty progestiinia tasaisesti vapauttavia ehkäisykapseleita, jotka lääkäri asettaa käsivarren ihon alle. Kapselien sisältämä progestiini estää kohdun limakalvoa kehittymästä, muuttaa kohdunkaulan liman

sitkeämmäksi jolloin siittiöiden kulku munasolun luo estyy. Ensimmäisinä käyttökuukausia voi ilmetä vuotohäiriöitä. Kapseliehkäisyn ehkäisyteho on huonompi mikäli nainen painaa yli 70kg. (Eskola & Hytönen 2002, 78–79.)

Markkinoilla on kahdenlaisia implantaatteja: levonorgestreelia vapauttava kahden implantaatin valmiste ja etonogestreelia sisältävä yhden implantaatin valmiste. Levonorgestreeli- kapselin Jadelle säilyttää tehonsa viiden vuoden ajan ja etonogestreeli-kapseli Nexplanon kolmen vuoden ajan. Etonogestreeliä käytettäessä ovulaatio estyy ja osalla myös levonorgestreeli riittää osalla estämään munasolun irtoamisen. (Heikinheimo ym. 2011, 162.)

Asiantunteva neuvonta ja kapselien oikea asennustekniikka ovat äärimmäisen tärkeitä, sillä kapselin tulee sijoittua ihon alle, eikä ihonalaiseen rasvakudokseen, josta hormonin erittyminen epätasaista ja poisto hankalaa. Kapselin saavat asettaa ainoastaan ne henkilöt, jotka ovat saaneet siihen liittyvän erityiskoulutuksen. Kapselin asennus tulee suorittaa paikallispuudutuksessa viimeistään seitsemän päivän kuluttua kuukautisten alkamisesta ja riittävä ehkäisyteho saavutetaan jo vuorokaudessa. Kapselien poisto tapahtuu asetuksen tavoin paikallispuudutuksessa, jolloin tarvittaessa uusi kapseli voidaan asettaa hieman eri kohtaan, jolloin ehkäisy jatkuu keskeytyksettä. (Heikinheimo ym. 2011, 162.)

Ehkäisymenetelmänä kapselit soveltuvat pitkäaikaista ehkäisyä haluaville naisille tai naisille, joilla on ongelmia muiden ehkäisymenetelmien kanssa. Kapselien käytön vasta-aiheet ovat samat kuin pelkästään progestiinia sisältävissä menetelmissä. (Heikinheimo ym. 2011, 162.) Heikinheimon (2006) artikkelin mukaan tyypillisin systeemisen progestiiniehkäisyyteen liittyvä haittavaikutus on epäsäännölliset vuodot, joita esiintyy noin 50 %:lla kapseliehkäisyn käyttäjistä.

Ehkäisyinjektio

Suomessa on markkinoilla yksi raskauden ehkäisyssä käytettävä medroksiprogesteroniasetaattia sisältävä 150 mg ehkäisyvalmiste, joka ruiskutetaan kerta-annoksena syvälle lihakseen kolmen kuukauden välein. Injektion käytössä ehkäisynä ei ole painorajaa. Ehkäisyinjektio sisältää vain progestiinia ja sen teho perustuu ovulaation estoon. Injektiota ei suositella monivuotiseen käyttöön, sillä injektio estää munasarjojen estrogeenituotantoa injektion jälkeisinä viikkoina, joka

kohottaa naisen riskiä sairastua osteoporoosiin eli luukatoon. (Heikinheimo ym. 2011, 162.) Tiitisen (2011b) mukaan ehkäisyinjektion käyttöön liittyy usein kuukautisvuotohäiriöitä, eikä sen käyttö Suomessa ole yleistä.

Ehkäisyinjektio on suhteellisen edullinen käyttää, mutta asiakkaan täytyy muistaa huolehtia uuden injektion pistämisestä ajoissa, jotta ehkäisy säilyttää tehonsa. Injektion pistäminen vaatii myös säännöllisiä käyntejä terveydenhuoltohenkilöstön luona kolmen kuukauden välein. On suositus, että injektio pistetään kuukautiskierron viiden ensimmäisen päivän aikana, jotta varmistutaan siitä, ettei asiakas ole ehkäisyä aloitettaessa raskaana. Synnytyksen jälkeen ensimmäinen injektio on mahdollista pistää jälkitarkastuksen yhteydessä, jos nainen imettää. Injektion voi pistää jo viiden vuorokauden sisällä synnytyksestä, mikäli nainen ei aio imettää. (Kätilötyö 2006, 610–611.) Haittoina voi ilmetä pahoinvointia ja vuotohäiriöitä. Ehkäisyä ei voi myöskään lopettaa kesken jakson. (Hanhirova 2010, 559.)

Hormonikierukka

Hormonikierukan ehkäisyteho perustuu pääsääntöisesti siitä erittyvään progestiiniin. Progestiini aikaansaa sen, että kohdun kaulakanavan lima muuttuu sitkeäksi ja siittiöitä torjuvaksi. Progestiini vapautuu paikallisesti ja sen limakalvon kasvua heikentävä vaikutus kohdistuu kohdun limakalvoon. (Heikinheimo ym. 2011, 163–164.) Hormonikierukka soveltuu hyvin vakaassa parisuhteessa olevien synnyttäneiden naisten ehkäisyyn, jotka harkitsevat sterilisaatiota tai jotka kärsivät runsaista ja pitkistä kuukautisvuodoista, mutta nykytiedon mukaan se soveltuu käytettäväksi myös nuorelle synnyttämättömälle naiselle. Kierukkaehkäisy vähentää kuukautisvuotoja toisin kuin sterilisaatio. Hormonikierukan lisääntynyt käyttö ehkäisymenetelmänä on osaltaan osasyynä sterilisaatioiden vähenemiseen. (Heikinheimo 2006, 1793.)

Hormonikierukan käytön myötä naisen kuukautisvuodot harvenevat ja lopulta jäävät osalla kokonaan pois, jolloin naisen hemoglobiiniarvot paranevat. Se on erinomainen ehkäisymenetelmä myös imettäville naisille, sekä naisille joilla vaihdevuodet ovat alkamassa. Sitä on mahdollista käyttää myös vaihdevuodet ohittaneiden naisten estrogeenihoidon tukena. (Hanhirova 2010, 559.)

Hoitohenkilökunnan on annettava asiakkaalle asianmukaista tietoa kierukkaehkäisyn vaikutuksesta ja vaikutustavasta jo ennen kierukan asettamista. Alussa saadulla

neuvonnalla voi olla vaikutusta naisen valitsemaan jatkoehkäisyyn. Asiakkaalle tulee kertoa hormonikierukan käytön alkuun liittyvistä sivuvaikutuksista, kuten käytön alussa ilmenevästä tiputteluvuotojaksosta, joka yleensä vähenee tai loppuu aikanaan. Asiakkaan kanssa olisi hyvä ottaa puheeksi myös hormonikierukan ihoa rasvoittava vaikutus, joka on useimmiten ohimenevää ja liittyy tiputtelukauden loppuun. Hormonikierukan hankintahinta voi tuntua korkealta, mutta jo muutaman vuoden käytössä se on ehkäisytablettien käyttöä edullisempi vaihtoehto. (Kättilötyö 2006, 605–606.)

Ennen kierukan asettamista tulee potilaan Papa-näytteen tuloksen olla normaali ja mahdollisten tulehdusten olla hoidettu. Kierukka asetetaan mieluiten kuukautisten aikana, sillä kierukan asettaminen voi tuntua naisesta ikävälle. Kuukautisten aikana kohdunsuu on myös avautunut ja kierukan asettaminen on helpompaa. Kierukka on mahdollista asettaa missä tahansa kuukautiskierron vaiheessa, mutta tällöin raskauden tulee olla poissuljettu. Nainen pystyy tulemaan raskaaksi heti kierukan poistamisen jälkeen. (Hanhiova 2010, 560; Kättilötyö 2006, 605–606.) Terveystenhoitaja voi poistaa kierukan, mikäli uutta ei aseteta. Kierukka suositellaan poistettavaksi kuukautisten aikana, jos kierukka poistetaan kierron puolivälissä ja asiakas on ollut yhdynnässä poistoa edeltävän viikon aikana, on raskauden riski olemassa ja lisäehkäisyä tulee käyttää. (Tiitinen 2011c.)

Kierukan asettaa lääkäri, joka vie kierukan kohtuun kuljetusputken avulla. Kierukan päässä olevat langat jäävät emättimen ulkopuolelle ja ne katkaistaan 2 cm mittaisiksi. Potilaalle tulee opastaa tunnustelemaan puhtailla sormilla kuukautisten jälkeen, että langat tuntuvat, jotta voidaan varmistua kierukan olevan paikallaan. Langat jätetään näkyviin, jotta kierukan poistaminen olisi helppoa. Toimenpiteen jälkeen saattaa esiintyä niukkaa veristä vuotoa ja alavatsakipua. Potilasta on tärkeää ohjata tarkkailemaan mahdollisia kierukan käyttöön liittyviä tulehduksellisia oireita, joita ilmetessä tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan. (Ihme & Rainto 2008, 60–61.)

Progestiiniehkäisyn vasta-aiheet ja haittavaikutukset

Progestiiniehkäisyn vasta-aiheita ovat raskaus tai sen epäily, aiempi kohdunulkoinen raskaus, selittämätön gynekologinen vuoto, aktiivinen laskimotukos, aktiivinen maksasairaus. Myöskään rinta- tai kohtusyövän sairastaneelle naiselle ei progestiiniehkäisyä suositella. Terveystenhoitajan tulee informoida asiakasta ehkäisyä

aloitettaessa progestiiniehkäisyvalmisteiden yleisimmistä sivuvaikutuksista, joita ovat etenkin ensimmäisten kuukausien aikana tiputteluvuoto, pahoinvointi, turvotus, päänsärky, mielialan vaihtelut sekä ihon rasvoittuminen. (Heikinheimo ym. 2011, 158,162.)

4.5 Ei-hormonaalinen ehkäisy

Kuparikierukka

Lääkäri asettaa T:n mallisen, muovista ja kuparista valmistetun kierukan kohdun sisälle. Kuparikierukan ehkäisyteho perustuu kohtuontelossa tapahtuvaan kemialliseen reaktioon, jonka seurauksena siittiöiden on vaikeampi päästä munajohtimiin. Myös hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen kohdun limakalvoon vaikeutuu.

Kuparikierukka on tämän takia myös tehokas jälkiehkäisymenetelmä, mikäli se asetetaan paikalleen viiden päivän sisällä suojaamattomasta yhdynnästä.

Kuparikierukka soveltuu hyvin synnyttäneille naisille, joilla on vakituinen parisuhde. Kuparikierukkaa ei suositella ensisijaiseksi ehkäisymenetelmäksi synnyttämättömälle naiselle, koska se lisää aina gynekologisten tulehdusten ja kohdunulkoisten raskauksien riskiä, jotka voivat aiheuttaa lapsettomuutta. (Heikinheimo ym. 2011, 164–165.)

Kuparikierukan on todettu lisäävän kuukautisvuodon määrää ja pidentävän kuukautisten niiden kestoja, joten on tärkeää seurata kuparikierukan käyttäjän rautatasetta ja hemoglobiiniarvoja. Joskus kierukka lisää myös kuukautiskipuja (Heikinheimo ym. 2011, 165.) Kuparikierukka voi aiheuttaa myös alavatsa- ja selkäsärkyä, jolloin kierukan poisto voi olla tarpeellista. Mikäli kierukka joudutaan poistamaan sivuvaikutusten takia, tulee aina ottaa huomioon mahdollinen raskaus, jos yhdyntöjä on ollut edeltäneen viikon aikana ilman muuta ehkäisyä. Kierukka tulee poistaa välittömästi, jos raskaus todetaan. (Hanhirova 2010, 560.)

Kondomi

Miesten kondomi on ohut, kertakäyttöinen lateksista valmistettu suojuus, joka oikeaoppisesti käytettynä suojaa ei-toivotulta raskaudelta ja antaa ainoana ehkäisymenetelmä suhteellisen hyvän suojan sukupuoliteitse tarttuvia tauteja vastaan. Miesten kondomi asetetaan jäykistyneen siittimen päälle ennen yhdyntää.

Naisten kondomi on polyuretaanista valmistettu kertakäyttöinen pussi, joka asetetaan emättimeen estämään siittiöiden pääsy kohtuun. Naisten kondomi on Suomessa suhteellisen harvinainen ehkäistymenetelmä kalliin hinnan ja hankalan asetustavan takia. Kondomin käyttöön liittyy usein käyttövirheitä, sillä sen asettaminen ja poistaminen vaatii huolellisuutta ja se voi rikkoutua yhdynnän aikana. Kondomin käyttöä tulisi aina suositella uusissa ja tilapäisissä sukupuolisuhteissa, vaikka käytössä olisi jokin muu raskauden ehkäisymenetelmä. (Eskola & Hytönen 2002, 75–76.)

Sterilisaatio

Steriloinnilla tarkoitetaan miehen tai naisen sukupuolielimiin kohdistuvaa toimenpidettä, joka vaikuttaa suvunjatkamiskykyyn. Sterilisaatio voi tulla kysymykseen, kun halutaan pysyvää ja lopullista ehkäisymenetelmää ja se on aina yksilön ja perheen päätös. (Kättilötyö 2006, 611–612.) Suomessa sterilisaatiosta on säädetty Steriloimislaki 283/1970 ja Steriloimisasetus 527/1985. Sterilisaatioita on tehty Suomessa yli 10 000 vuodessa, mutta nykyisin niiden määrä on vähentynyt. (Kättilötyö 2006, 574).

Naisella ja miehellä on oikeus sterilisaatioon omasta halustaan yhden lääkärin päätöksellä, kun seuraavat kriteerit täyttyvät: hakija on täyttänyt 30 vuotta ja on synnyttänyt kolme lasta tai hänellä on yksin tai aviopuolisonsa kanssa kolme alaikäistä lasta. Kahden lääkärin päätös sterilointiin tarvitaan, kun raskaus on vaaraksi hakijan hengelle tai terveydelle ja hakijan muut mahdollisuudet ehkäistä raskautta ovat epätavallisen huonot. Sosiaali- ja terveystieteiden valvonta- ja lupavirasto Valviran päätöstä sterilisaatioon tarvitaan, kun on syytä epäillä, että hakijan syntyvillä lapsilla olisi tai heille kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika, tai hakijan sairaus tai muu siihen verrattava syy vakavasti rajoittaa hänen kykyään hoitaa lapsia. Lääkärin tekemän päätöksen ollessa kielteinen, voi asiakas valittaa päätöksestä terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen ja saada sieltä myöntävän päätöksen. (Heikinheimo ym. 2011, 167)

Lääkärinlausunnossa tulee olla sterilisaatiota haluavan henkilön omakätisesti allekirjoittama vakuutus, jossa hän pyytää sterilisaatiota omasta vapaasta tahdostaan ja jossa hän ilmoittaa olevansa tietoinen sterilisaatiota koskevista asioista. Sterilisaatiota koskevan asetuksen mukaisesti lausunnossa tulee ilmetä, että avioliitossa olevalle puolisolalle on mahdollisuuksien mukaisesti varattu aika osallistua

neuvontatilaisuuteen. Tästä ilmenee, että lääkäri on selvittänyt, kumman puolison sterilointi olisi tarkoituksenmukaisempaa ja antanut henkilöille vielä aikaa harkita kumpi steriloinnista haluaa. (Eskola & Hytönen 2002, 82–85.)

Sterilisaatiota koskeva ohjaus ja neuvonta

Terveystieteiden lääkäreiden ja hoitajien on selvitettävä sterilisaatiota haluavalle toimenpiteen merkitys ja vaikutukset sekä keskustella muiden ehkäisymenetelmien käytön mahdollisuudesta (*L 24.4.1970 283 3§ uudistettu 31.1.1985/125*). Sterilisaatio on suunniteltu pysyväksi ehkäisykeinoksi. Sen purkaminen on mahdollista, mutta usein vaikeaa, eikä hedelmällisyys välttämättä palaudu entiselleen. (Kätilötyö 2006, 612.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen parissa työskentelevien terveydenhoitajien tulee tuntea sterilointilaki- ja asetus, jotta voidaan antaa sterilisaatiota harkitsevalle asiakkaalle oikeaa informaatiota hänelle kuuluvista oikeuksista ja mahdollisuuksista, joita laki turvaa. Henkilökunnan on tärkeää osata kertoa asiakkaalle, mitä sterilisaatio toimenpiteenä tarkoittaa ja mitä siinä tapahtuu sekä millaisia vaikutuksia toimenpiteellä on asiakkaan seksuaalielämään. (Eskola & Hytönen 2002, 83.) Sterilisaatiota harkitsevan ohjauksessa ja neuvonnassa on olennaista painottaa toimenpiteen lopullisuutta. Potilaalle tulee kertoa toimenpiteeseen liittyvistä riskeistä, jotka liittyvät useimmiten nukuutukseen tai laparoskopiaan eli tähystykseen. Sterilisaatio on ehkäisymenetelmänä luotettava, mutta potilasta tulee informoida, että vajaassa 1 %:ssa tapauksia munatorvet voivat kanalisoitua uudelleen mahdollistaen raskauden alkamisen. (Kätilötyö 2006, 574.)

Naisen sterilisaatio

Naisen sterilointi voidaan toteuttaa päiväkirurgisesti tai polikliinisesti. Päiväkirurginen sterilointi tapahtuu nukuutuksessa vatsanpeitteiden kautta ja toimenpiteen jälkeisen sairasloman pituus on 3-5 vuorokautta. Polikliinisesti sterilointi tehdään mieluiten 5-10 vuorokautta kuukautisten alkamisesta. Kohtutähystys tapahtuu emättimen kautta ja molempiin munanjohtimiin asetetaan spiraalit, joiden vaikutuksesta munanjohtimet menevät tukkoon noin kolmen kuukauden kuluessa. Raskauden ehkäisyä tulee käyttää jälkitarkastukseen saakka noin kolmen kuukauden ajan. (Hanhirva 2010, 562.)

Miehen sterilisaatio

Miehen sterilisaatio voidaan toteuttaa paikallispuudutuksessa polikliinisesti ja se on teknisesti naisen sterilisaatiota helpompi toimenpide. Toimenpiteen tarkoituksena on estää siittiöiden pääsy siemennesteeseen. Toimenpiteessä kumpikin siemenjohdin katkaistaan kivespussin tyvestä. Ehkäisyteho alkaa vasta useita kuukausia toimenpiteen jälkeen, joten raskauden ehkäisystä on huolehdittava muilla keinoin. Tämän takia on tärkeää, että mies käy antamassa siemennestenäytteen kolmen kuukauden kuluttua toimenpiteestä tai 10 siemensyöksyn jälkeen, jotta varmistutaan ettei siemennesteessä ole eläviä siittiöitä. (Tiitinen 2011d.) Sterilisaatiosta ei ole todettu olevan terveydellistä haittaa miehelle, eikä se aiheuta impotenssia tai vaikuta sukupuolielämään (Kättilötyö 2006, 612).

4.6 Imetyksen aikainen raskauden ehkäisy

Synnytyksen jälkeen täysimetys voi toimia oikein toteutettuna hyvänä ehkäisymenetelmänä. Sen antama ehkäisyteho on 98 % enintään kuuden kuukauden ajan, edellyttäen etteivät äidin kuukautiset ole alkaneet ja imetys on vauvan ainoa ravinnonlähde ja vauvaa imetetään päivällä vähintään neljän tunnin välein ja öisin vähintään kuuden tunnin välein. Jos yksikään edellä mainituista edellytyksistä ei toteudu, on tarpeellista ottaa käyttöön jokin luotettava ehkäisymenetelmä. (Peura 2011, 10.)

Hedelmällisyys voi palautua nopeasti ja uusi munasolu voi irrota jo kuuden viikon sisällä synnytyksestä, joten raskauden ehkäisyä tarvitaan heti yhdyntöjen alkaessa jos nainen ei imetä. Raskauden ehkäisystä olisi hyvä puhua jo raskausaikana neuvolakäyntien yhteydessä, mutta viimeistään se tulisi ottaa puheeksi synnyttäneiden äitien tullessa lääkärin suorittamaan jälkitarkastukseen. (Peura 2011, 10–11.) Yhdessä äidin kanssa tulisi keskustella hedelmällisyyden palautumisesta synnytyksen jälkeen, sopivasta raskauden ehkäisymenetelmästä ja mahdollisesta aloitusajankohdasta. (Perheentupa 2004, 1467.)

Vauvaperheiden arki on hektistä ja aina pariskunnilla ei ole voimavaroja tai aikaa miettiä ehkäisyn järjestämistä. Vastasynnyttäneet äidit joutuvat valitettavan usein turvautumaan raskauden keskeytykseen, joten terveydenhoitajien tulee korostaa keskusteluissa, että imetyskertojen harventuessa kuukautiskierto palautuu nopeasti

normaaliksi ja raskaaksi tulemisen mahdollisuus kasvaa, jos ehkäisy ei ole käytössä. Imettävistä äideistä jopa 25 %:lla on kuukautiset puolen vuoden sisällä synnytyksestä. (Kättilötyö 2006, 609–610.) Perheentuvan (2004, 1467) mukaan imetyksen aikaisen raskaudenehkäisyyn tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota, sillä tuore rekisteritutkimus osoittaa, että 1/10 raskaudenkeskeytyksestä tehdään raskauksissa, jotka ovat alkaneet vuoden kuluttua edellisestä synnytyksestä.

Imetysaikana käytettävä ehkäisy ei saa vaikuttaa maidon tuotantoon tai vauvan normaaliin kasvuun ja kehitykseen. Imetyksen kanssa yhteensopivia ehkäisymenetelmiä ovat kondomi, kuparikierukka, progestiinia sisältävät minipillerit, ehkäisykapseli tai hormonikierukka, joiden käyttö imetyksen aikana on esitetty taulukossa 2. Estrogeenia sisältävät ehkäisyvalmisteet eivät sovi imettävällä naisella, sillä ne saattavat vähentää maidon eritystä ja muuttaa maidon koostumusta. Yhdistelmäehkäisymenetelmän käyttö voidaan aloittaa vasta imetyksen päätyttyä tai kun vauva on vähintään kuuden kuukauden ikäinen. Mikäli nainen ei imetä, voi yhdistelmäehkäisyn aloittaa jo kolmen viikon kuluttua synnytyksestä. (Hanhirova 2010, 556–557.)

TAULUKKO 2. Raskauden ehkäisy synnytyksen jälkeen.

(Mukaillen Hanhirova 2010, 556.)

MENETELMÄ	ALOITUS SYNNYTYKSEN JÄLKEEN	HUOMIOITAVAA
Imetys	Heti	Mahdollinen ensimmäiset 6 kuukautta jos kaikki seuraavat kriteerit täyttyvät: <ul style="list-style-type: none"> • Kuukautiset eivät ole alkaneet • Imetys säännöllistä • Rintamaito lapsen ainoa ravinto
Estemenetelmät	Heti	Kondomi suojaa myös sukupuolitaudeilta
Kierukka	8 viikkoa	Kohdun ollessa pehmeä on puhkeamisriski olemassa. Sektion yhteydessä asetus 3kk jälkeen synnytyksestä

Ehkäisykapseli	Jälkitarkastus	
Minipillerit	Jälkitarkastus	
Ehkäisyinjektio	Jälkitarkastus	Harvoin käytetty.
Sterilisaatio	1-3 päivää	Peruuttamaton toimenpide
Jälkiehkäisy		Tarpeellista vain jos kuukautiset ovat alkaneet.
EI SUOSITELTAVIA		
Yhdistelmävalmisteet: yhdistelmäpillerit, ehkäisyrengas ja ehkäisyalaustari	Ensimmäiset kuukautiset tai 6 kuukautta	<ul style="list-style-type: none"> • Yhdistelmäpillereistä valitaan hormonipitoisuudeltaan alhaisimmat • Voivat vähentää maidoneritystä

5 RASKAUDEN EHKÄISYN SEURANTA

5.1 Ehkäisyn seuranta

Yksilöllisesti sopivan raskauden ehkäisymenetelmän löytämiseen voi kulua aikaa. Hormonaalisen ehkäisyn aloittamisen jälkeen sovitaan tapaaminen terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa 3 kuukauden päähän aloituksesta. Kierukka- ja kapseliehkäisyn kohdalla seurantakäynnit ovat tarpeellisia, jos asiakkaalla ilmenee ongelmia. Monet ehkäisymenetelmät voivat aiheuttaa usein ohimeneviä sivuvaikutuksia, etenkin käytön alussa. Seurantakäynnillä arvioidaan ehkäisyn sopivuutta, jos asiakas on tyytyväinen ehkäisyyn riittää seuranta aluksi noin vuoden välein ja useamman vuoden käytön jälkeen ehkäisyn seurantakäynnit ovat noin 3 vuoden välein. Lääkärin vastaanottokäyntien yhteydessä tehdään yleensä gynekologinen perustutkimus, otetaan klamydiaseula, tutkitaan rinnat ja mitataan verenpaine. Papa- näyte suositellaan otettavaksi 2-3 vuoden välein. (Ehkäisyn seuranta, 38.)

5.2 Gynekologinen perustutkimus

Ensimmäinen gynekologinen perustutkimus ajoittuu yleensä vaiheeseen, jossa ehkäisy tulee ajankohtaiseksi ja nuori on aloittanut aktiivisen sukupuolielämän. Vastaanotolla

selvitetään terveydentilaan vaikuttavia tekijöitä esimerkiksi fyysinen terveydentila, suku- ja kuukautisanamneesi sekä käytössä oleva ehkäisy. Lääkärin tekemän sisätutkimuksen tarkoituksena on tarkastaa ulko- ja sisäsynnyttimet, emätin ja sen limakalvot sekä kohdunnapukka. Tutkimuksessa arvioidaan myös kohdun koko, asento, rakenne ja arkuus sekä munasarjojen koko ja aristus. Gynekologiseen perustutkimukseen kuuluvat tarvittaessa myös Papa- näytteen ottaminen ja rintojen tutkiminen. (Ihme & Rainto 2010, 138.) Gynekologinen perustutkimus suositellaan tehtäväksi aina poikkeavien gynekologisten vaivojen ja alavatsavaivojen yhteydessä ja rutiininomaisesti 1-3 vuoden välein. Nuorelle ei ole aihetta tehdä gynekologista perustutkimusta, jos hänellä ei ole gynekologisia vaivoja. Myös ehkäisypillerit voidaan aloittaa ilman gynekologisen perustutkimuksen tekemistä. (Tiitinen 2011e.)

5.3 Irtosolunäyte

Irtosolu- eli Papa- näytteellä tutkitaan kohdunkaulan syöpää ja sen esiasteita sekä gynekologisia tulehduksia. Papa- näytteen ottaa pääsääntöisesti lääkäri gynekologisen tutkimuksen yhteydessä tai näytteenottoon koulutettu hoitaja. Ensimmäinen näyte suositellaan otettavaksi 1-2 vuotta yhdyntöjen aloittamisen jälkeen. Solumuutosten varhaiseksi toteamiseksi rutiininomaiseksi näytteenottoväliksi riittää yleensä 2-3 vuotta. Alle 20-vuotiailta ei ole tarpeellista ottaa Papa- näytettä seulontatarkoituksessa. Suomessa 30–60 vuotiaat naiset saavat kutsun seulontaan 5 vuoden välein. Näytteenotto väleissä huomioidaan asiakkaan yksilöllinen **riskikäyttäytyminen** esimerkiksi tupakointi, päihdekokeilut etenkin nuorilla, partnereiden lukumäärä ja vaihtuvuus sekä sukupuolitaudit. (Tiitinen 2011f.)

Papa- näyte otetaan naisen ollessa gynekologisella tutkimuspöydällä. Näytteet otetaan huolellisesti kolmesta kohdasta emättimestä riittävän solumateriaalin saamiseksi. Ensimmäinen näyte otetaan emättimen pohjukasta lastalla, toinen näyte kohdunnapukan pinnasta ja kolmas näyte kohdunkaulakanavasta pientä harjaa 360 astetta pyöräyttäen. (Tiitinen 2011f.) Hoitajan tehtävänä on avustaa, ohjata, neuvoa ja tukea asiakasta ja kertoa näytteenoton ja tutkimuksen kulusta. Hoitaja pitää huolta myös asiakkaan intymiteettisuojusta ja avustaa näytteenotossa. Hoitaja valmistelee gynekologisen tutkimuspöydän ja näytteenottovälineet sekä huolehtii käytetyistä instrumenteista. (Ihme & Rainto 2010, 141.)

Papa- näytteestä tulkitaan solukuva ja mahdolliseen tulehdukseen viittaavat löydökset. Nykyisin vastaukset tulkitaan Bethesda- järjestelmän avulla, jolloin solulöydöksestä annetaan sanallinen lausunto entisen numeroluokituksen sijasta. Normaalin tuloksen seulontavälisiksi riittää viisi vuotta, jos näytteessä todetaan lieviä muutoksia, on uusi seulonta aiheellinen 1-2 vuoden kuluttua. Lääkärin tehtävänä on selvittää poikkeavan löydöksen laatu potilaalle ja tehdä päätös mahdollisista jatkotutkimuksista yksilöllisesti solumuutosten mukaan. (Tiitinen 2011 f.)

5.4 Klamydian seulonta

Klamydia on yleisin sukupuolilyhdyssä tarttuva bakteeriperäinen sukupuolitauti. Suuressa riskiryhmässä klamydian kannalta ovat nuoret aikuiset, joilla on paljon seksikontakteja. Klamydia voi aiheuttaa kirvelyä virtsatessa, tihentynyttä virtsaamistarvetta, alavatsa- ja ristiselkäkipuja, sisäsynnytintulehdusoireita, epänormaalia vuotoa, mutta suurin osa klamydiatulehduksista on oireettomia. Siksi taudin hoito ja ennaltaehkäisy edellyttävät järjestelmällistä seulontaa. (Hanhirova 2010, 244–245; Paavonen 2006, 9.)

Klamydia on yksi suuri lapsettomuutta aiheuttava tekijä, sillä klamydiatulehdus voi hoitamattomana levitä emättimestä ylöspäin kohtuun ja munasarjoihin aiheuttaen sisäsynnytintulehduksen ja levitä pikkulantioon ja ylävatsan alueelle. Miehillä klamydia voi aiheuttaa lisäkestulehduksen. Klamydia on helposti todettavissa ensivirtsanäytteestä, johon asiakasta tulee opastaa olemaan virtsaamatta vähintään kaksi tuntia ennen näytteenottoa. Klamydian hoidossa käytetään joko kerta-annosantibioottia (atsitromysiini) tai kymmenen päivän antibioottikuurina esimerkiksi tetrasykliiniä. Asiakasta tulee kehottaa pidättäytymään seksistä viikon ajan kertalääkityksestä tai koko antibioottikuurin ajan, sillä lääkityksestä huolimatta potilas on vielä tartuttava. Kondomia suositellaan käytettäväksi jälkitarkastukseen saakka. (Aho & Hiltunen-Back 2007.) Myös klamydiatartunnan saaneen henkilön kanssa yhdynnässä olleet tulisi hoitaa samanaikaisesti, jotta uudelleen tartuttamiselta välttyttäisiin. Jälkitarkastus on suositeltavaa 3-4 viikon kuluttua antibioottihoidon päättymisestä. (Hanhirova 2010, 245.)

Nuorten naisten suosiossa olevat hormonaaliset ehkäisyvalmisteet suojaavat käyttäjänsä tehokkaasti ei-toivotulta raskaudelta, mutta ne eivät suoja seksiteitse

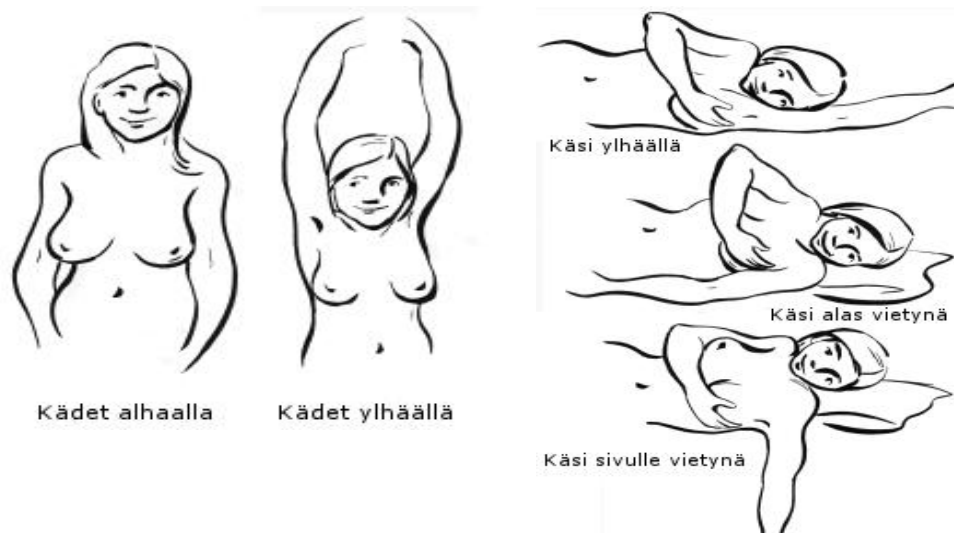
leviäviltä tartuntataudeilta. Tämän takia uuden kumppanin kanssa suositellaan aina käytettäväksi lisäehkäisyä kondomia mahdollisten sukupuolitautilien varalta. (Aho & Hiltunen-Back 2007.) Paavosen (2006, 9-10) artikkelin mukaan klamydian seulonta on klamydian aiheuttamien jälkitautien hoitamista taloudellisempaa ja siksi seulontojen lisäämiseen tulisi kiinnittää huomiota. Klamydian seulonta on helppo toteuttaa raskauden ehkäisyä aloitettaessa ja ehkäisyyn liittyvien seurantakäyntien yhteydessä. Seulonnassa tulisi tuoda esiin sukupuolitautilien ehkäisyä ja hoitoa sekä partnerin hoidon merkitystä koskevaa ohjausta, neuvontaa ja valistusta. (Paavonen 2002, 1373.)

5.5 Rintojen tutkiminen

Rintojen tutkiminen ja sen ohjaus naiselle on seksuaali- ja lisääntymisterveyden keskeinen osa-alue. Rintojen tutkimisen tavoitteena on löytää rintarauhasessa olevat muutokset mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Terveystenhoitaja tai lääkäri ohjaa naista tutkimaan rintansa ehkäisyä aloituskäynnin tai ensimmäisen gynekologisen käynnin yhteydessä. (Ihme & Rainto 2010, 145.) Rintojen tutkiminen sisältää kaksi vaihetta: rintojen katselun eli inspektion ja tunnustelun. Rintoja tulisi aluksi tarkkailla kerran viikossa, jotta nainen oppii tietämään miltä terve rinta tuntuu kuukautiskierron eri vaiheissa. Tämän jälkeen voi siirtyä tutkimaan rinnat säännöllisesti kerran kuukaudessa muutaman päivän kuukautisten loppumisen jälkeen, jolloin rinnat ovat pehmeimmillään, eivätkä ole turvoksissa tai aristavat. (Rintojen tarkkailu.)

Rintojen tutkiminen aloitetaan seisomalla ylävartalo paljaana peilin edessä. Rintoja tarkkaillaan kädet ylhäällä ja alhaalla sekä kylki peiliin päin molemmilta sivuilta vuorotellen. Myös rinnan alaosa tarkastetaan. Huomio kiinnitetään rintojen kokoon, muotoon, iho väriin ja nännien sekä nännipihan väriin ja muotoon. Nänniä hellävaraisesti puristamalla tarkistetaan tuleeko nännistä eritettä. Rintojen katselulla pyritään tarkkailemaan onko rinnan tai nännin värissä tapahtunut muutoksia ja näkyykö ihossa tai nännissä sisäänvetäytymiä. (Rintojen tarkkailu.) Lopuksi rinnat tunnustellaan selin makuulla, rinta latteana, rintakehän päälle levittäytyneenä. Rintaa painellaan sormet suorina koko kämmenellä ja tunnustellaan kehämäisesti tuntuuko niissä kyhmyjä tai kovettumia. Tunnustelu tehdään ensin käsi ojennettuna pään yli, sitten käsi suorana sivulle vietyä ja lopuksi käsi vartalon myötäisesti ojennettuna. (Katso kuvio 3.) Terveystenhoitaja tai lääkäri tunnustelee kainalot ja soliskuopat,

koska niissä tuntuvat imusolmukkeet voivat olla suurentuneet monista eri syistä. Poikkeavan muutoksen havaitessa tulee ottaa yhteys omaan terveydenhoitajaan, lääkäriin tai gynekologiin, joka arvioi tilanteen ja ohjaa tarvittaessa jatkotutkimuksiin. (Rintojen tarkkailu.)



KUVIO 3. Rintojen tutkiminen. (Rintojen tarkkailu.)

6 HOITOKETJU KÄSITTEENÄ

Palvelujärjestelmän lisääntyvä monimuotoisuus, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen raja, työntekijöiden vaihtuvuus ja toimintayksiköiden keskittyminen omiin ydintoimintoihinsa hankaloittavat laadukkaan kokonaishoidon toteutumista (Ketola, Mäntyranta, Mäkinen, Voipio-Pulkki, Kaila, Tulonen-Tapio, Nuutinen, Aalto, Kortekangas, Brander & Komulainen 2006, 7).

Hoitoketju on kirjallinen suunnitelma potilaan hoidosta ja hoidonporrastuksesta. Hoitoketjun avulla pyritään määrittelemään potilaan hoitoon osallistuvien avainhenkilöiden tehtävät ja eri toimijoiden välinen työnjako. Hoitoketjun tulisi pohjautua valtakunnalliseen hyväksyttyyn hoitosuositukseen. Hoitoketju on apuna hoidon priorisoinnissa ja potilasvirtojen ohjauksessa. Hoitoketju toimii päätöksenteon tukena ja säästää kustannuksia ja hoitohenkilökunnan ja potilaan aikaa poistamalla päällekkäisiä

tutkimuksia ja seurantakäyntejä. Hoitoketjun käyttö tukee Käypä hoito -suosituksen käyttöä ja yhtenäistää ja ohjaa hoitokäytäntöjä. Tavoitteena on mahdollisimman sujuva, tehokas ja laadukas hoito. (Nuutinen 2000.)

7 LAADUKAS TERVEYSINEISTO

Nykypäivänä terveysaineiston käsite on laaja. Monipuolinen ja terveyden edistämisen näkökulmasta tuotettu aineisto käsittelee ihmisen hyvinvointia, elämää ja päätöksiä määritteleviä tekijöitä. (Rouvinen-Wilenius, 3). Terveysaineistot ovat väestölle tarkoitettuja terveyteen liittyviä kirjallisia tai audiovisuaalisia tuotteita ja havaintovälineitä. Esimerkiksi erilaiset ohjelehtiset, julisteet, diasarjat, videot ja elokuvat voidaan nähdä terveysaineistoina. (Parkkunen, Koskinen-Ollonqvist & Vertio 2001, 3.)

Terveysaineiston tehtävänä on tukea inhimillistä vuorovaikutusta vahvistamalla, täsmentämällä ja havainnollistamalla käsiteltävää aihetta. Aineisto voi toimia myös muistin tukena ja sen avulla voidaan motivoida yksilöä tai yhteisöä osallistumaan oman terveytensä ylläpitämiseen ja sairautensa hoitoon. (Parkkunen ym. 2001, 3.) Terveyttä edistävän aineiston avulla tähdätään muutoksen tai muutoshalukkuuden luomiseen, erilaisten edellytysten ja keinojen mahdollistamiseen ja niistä kertomiseen. Tavoitteena on terveyden ylläpitämisen tukeminen kohderyhmässä. (Rouvinen-Wilenius, 7.)

Laatu on tärkeässä asemassa terveysaineiston laadinnassa. Hyvälle terveysaineistolle on asetettu laatukriteerit. Niitä ovat aineistolle määritelty konkreettinen terveystavoite, selkeä esitystapa, helppo hahmoteltavuus, oikea, virheetön ja objektiivinen sekä ajan tasalla oleva tieto, sopiva tietomäärä, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioitus, tekstiä tukeva kuvitus, huomiota herättävyys ja hyvä tunnelma. Terveysaineiston laatukriteereiden tarkoituksena on toimia kehittämisen ja arvioinnin välineenä ja parantaa aineiston laatua erityisesti kohderyhmän näkökulmasta. (Parkkunen ym. 2001, 9.)

Ennen ohjelehtisen tuottamista on sille kartoitettu tarve ja kohderyhmä. Tässä opinnäytetyössä toteutettu ohjelehtinen on tarkoitettu ammattilaisten käyttöön ja sitä

kautta antamaan valmiuksia perhesuunnittelutyötä tekeville terveydenhoitajille työnsä kehittämiseen. Ohjelehtisen sisällön laatuun on kiinnitetty huomiota tässä opinnäytetyössä asettamalla sille konkreettinen tavoite sekä huomioiden terveysaineiston laatukriteerit.

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ohjelehtinen raskauden ehkäisystä perhesuunnittelutyötä tekeville terveydenhoitajille. Ohjelehtisestä hyötyvät myös uudet työntekijät, sijaiset sekä opiskelijat.

Ohjelehtisen tavoitteena on yhtenäistää ja selkeyttää raskauden ehkäisyyn aloitus- ja seurantakäyntien sisältöä sekä antaa terveydenhoitajille valmiuksia kehittää työtään ja parantaa välillisesti perhesuunnittelupalveluiden laatua. Raskauden ehkäisykäyntien sisältökuvaukset luovat perustan käynneille ja tukevat terveydenhoitajan ja asiakkaan välistä keskustelua. Sisältökuvauksissa esitetään raskauden ehkäisykäyntien kannalta olennaiset läpikäytävät asiat eri ehkäisymenetelmästä riippuen. Ohjelehtisen laadinnassa on käytetty apuna JYTE:n alueen perhesuunnittelutyössä käytössä olevaa raskauden ehkäisykaaviota, jossa kuvataan käyntien jaksotusta.

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

9.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena voi olla työelämän käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyy aina jokin tuotos, kuten ohjeistus, tietopaketti, tapahtuma, messu- tai esittelyosasto. Syntyneessä tuotoksessa teoreettinen tieto on yhdistetty ammatilliseen käytäntöön. On suositeltavaa, että toiminnallisessa opinnäytetyöprosessissa on mukana myös toimeksiantaja. Toiminnallisen opinnäytetyön kautta voi luoda suhteita työelämään

sekä kehittää omia projekti- ja yhteistyötaitoja. Työelämälähtöinen opinnäytetyö tukee myös tekijänsä ammatillista kasvua. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9,16.)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tuotoksen lisäksi myös kirjallinen raportti. Raportissa tulee käsitellä omaa oppimista ja opinnäytetyön prosessin etenemistä, kun taas tuotoksen teksti tulee suunnata kohde- käyttäjäryhmälle. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 65.) Toiminnallisen opinnäytetyön tulee täyttää ammattikorkeakouluille asetetut tutkimusviestinnälle asetetut vaatimukset, vaikka opinnäytetyö ei sisältäisi varsinaista tutkimusta. Opinnäytetyön suhteen tehdyt ratkaisut ja valinnat tulee osata perustella ja työn tulee pohjautua tietoisesti teoreettiseen viitekehykseen sekä työn tarpeellisuus koulutusalan näkökohdasta tulee tuoda perustellusti esiin. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 82.)

Toiminnallista opinnäytetyötä arvioidessa tulisi arvioida työn ideaa, joka pitää sisällään aihepiirin, idean tai ongelman kuvauksen, asetetut tavoitteet, teoreettisen viitekehyksen ja tietoperustan sekä kohderyhmän. Toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnin tärkein osa on työlle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen ja tärkeää olisi pohtia myös muuttuivatko tavoitteet työprosessin aikana ja jos muuttuivat niin miksi. Tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi olisi suotavaa kerätä kohderyhmältä palautetta tuotoksen onnistumisesta. Toinen olennainen arvioinnin kohde on työn toteutustapa, joka sisältää keinot työlle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen ja aineiston keräämiseen. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyneen ohjeistuksen kohdalla tämä tarkoittaa ohjekirjan tai oppaan valmistamiseen liittyviä asioita. Huomiota tulee kiinnittää myös työssä käytettyjen lähdemateriaalien arvioimiseen. Kolmas tärkeä arvioitava asia on arvio prosessin raportoinnista ja opinnäytetyön kieliasu. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154–159.)

9.2 Suunnittelu

Aihe opinnäytetyöhön tuli työelämän edustajilta. Olimme yhteydessä Jyväskylän yhteistoiminta-alueen neuvolatyön osastonhoitaja Hannele Vireniukseen, kartoittaaksemme työelämän tarpeita ja toiveita. Hannele Virenius toi esille, että perhesuunnittelutyötä tekevillä terveydenhoitajilla olisi suuri tarve saada yhtenäinen perehdysohjeisto terveydenhoitajien ja sijaisten työn apuvälineeksi. Hannele Virenius

myös nimesi meille terveydenhoitajista koostuvan työryhmän opinnäytetyöprosessin tueksi, joilta saisimme opinnäytetyöhön käytännön työn näkökulmaa.

Keskustelimme työryhmän ja opinnäytetyötä ohjaavien opettajien kanssa ja päädyimme siihen tulokseen, että perhesuunnittelutyön eri osa-alueisiin pohjautuva perehdytysohjeisto on liian laaja opinnäytetyönä toteutettavaksi. Opinnäytetyötä ohjaavien opettajien kanssa käydyn keskustelun pohjalta rajasimme aiheen koskemaan raskauden ehkäisyasiakkaan hoitoa JYTE:n alueen perhesuunnittelutyössä. Olimme yhteydessä myös toimeksiantajan edustajaan Hannele Vireniukseen ja opinnäytetyötä ohjaavaan työryhmään, jotka olivat yhtä mieltä työn rajaamisesta raskauden ehkäisyä koskevaksi, sillä myös kyseiselle aiheelle on tarvetta saada selkeä yhtenäinen kirjallinen ohjeisto perhesuunnittelutyön tueksi.

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen hyväksymisellä aiheseminaarissa marraskuussa 2011, jonka jälkeen aihetta vielä rajattiin koskemaan raskauden ehkäisyasiakkaan hoitoa. Aiheen rajauksen jälkeen opinnäytetyölle määriteltiin tarkoitus ja tavoitteet. Tiedonhankinta ajoittui prosessin alkuvaiheeseen. Opinnäytetyöprosessin tarkemmat työvaiheet on kuvattu tarkemmin liitteessä 5. Tietoperusta koottiin raportin ja oppaan perustaksi aihetta käsittelevän lähdekirjallisuuden avulla. Tiedonhaku alkoi määrittelemällä opinnäytetyön kannalta keskeiset käsitteet, joiden pohjalta luotiin hakusanat, joissa otettiin huomioon sanojen synonyymit ja sanojen englanninkieliset käsitteet. Sähköisten aineistojen etsinnässä hyödynnettiin eri terveysalan tietokantoja ja Terveysportin verkkoportaalia.

Terveydenhoitajille suunnattua ohjeleistä alettiin suunnitella yhteistyöryhmän tapaamisen jälkeen ja ohjelehtisen tarkempi sisältö ja ulkoasu ovat muovautuneet opinnäytetyöprosessin edetessä. Ohjelehtisen sisällön suunnittelussa on hyödynnetty ajankohtaista lähdekirjallisuutta ja huomioon on otettu myös perhesuunnittelutyötä tekevien terveydenhoitajien näkemys siitä, millainen ohjelehtinen palvelisi parhaiten heidän käytännön työtään. Ohjelehtisestä haluttiin selkeäluukuinen, tiivis tietopaketti, jota olisi helppo käyttää arjen työvälineenä. Opinnäytetyön raportin teoriaosuus on suhteellisen laaja, joten ohjelehtiseen koottiin keskeisimmät ja käytännönläheisimmät tiedot.

9.3 Toteutus

Opinnäytetyön tuotoksena työstettiin ohjelehtinen perhesuunnittelutyön parissa työskenteleville terveydenhoitajille. Kirjallisen ohjelehtisen avulla terveydenhoitajilla on yhtenäinen, selkeä ja helposti päivitettävissä oleva käytännön työn apuväline, joka antaa työn sisällölle kehykset.

Ohjelehtisessä halusimme esittää hoitoketjun muodossa, kuinka raskauden ehkäisyasiakkaan hoito etenee eri raskauden ehkäisyvalmisteiden kohdalla ja mitkä ovat keskeisiä asiasisältöjä raskauden ehkäisymenetelmän aloitus- ja seurantakäynneillä. Lisäksi halusimme koota ohjelehtiseen olennaista tietoa markkinoilla olevista erilaisista raskauden ehkäisymenetelmistä, sillä tällöin terveydenhoitaja löytäisi helposti yhdestä lehtisestä kaiken oleellisen tarvitsemansa tiedon.

Ohjelehtisestä halusimme luoda houkuttelevan ja luottamusta herättävän kokonaisuuden, jonka visuaalinen ulkoasu ja tekstisisältö vastaisivat kohderyhmän tarpeisiin. Ohjelehtisen asiasisällön valmistuttua aloimme suunnitella lehtisen ulkoasua. Ulkoasu, tekstin ja kuvien asettelu suunniteltiin yhdessä yhteistyöryhmän kanssa. Ohjelehtisen kuvituksesta vastasi graafinen suunnittelija Terhi Adler. Aiheeseen sopivan kuvituksen tarkoituksena on herättää kohderyhmän mielenkiinto ohjelehtistä kohtaan ja havainnollistaa tekstin sisältöä.

9.4 Arviointi

Vilkan & Airaksisen (2004, 157) mukaan tuotoksesta on hyvä kerätä palautetta kohderyhmältä, jotta arviointi ei jää subjektiiviseksi. Palautetta voi kerätä ohjelehtisen käytettävyydestä, toimivuudesta, visuaalisesta ilmeestä ja luotettavuudesta.

Yhteistyöryhmä antoi meille ohjelehtisen tekstiosuuden valmistuttua palautetta ja parannusehdotuksia, jonka perusteella teimme tarvittavat muutokset. Yhteistyöryhmä ja ohjaavat opettajat tarkistivat ohjelehtisen tekstien todenmukaisuuden, joka lisää työmme luotettavuutta. Lopullisen palautteen saimme heiltä ohjelehtisen valmistuttua.

Yhteistyöryhmä arvioi ohjelehtisen sisältöä suullisesti. Arvioijat pitivät ohjelehtistä selkeänä, hyödyllisenä ja mielenkiintoa herättävänä, josta löytyivät kaikki käytännön työn kannalta oleelliset tiedot ja näin ollen ohjelehtisen sisältö vastasi sille asetettuja tavoitteita.

Ohjelehtisen kokoa pidettiin sopivana ja toimivana. Etenkin ohjelehtisen ulkoasu sai positiivista palautetta ja ohjelehtisen värimaailmaa ja kuvitusta pidettiin aiheeseen sopivana. Yhteistyöryhmältä saadun palautteen perusteella uskomme saavuttaneemme opinnäytetyölle asettamamme tavoitteet.

10 POHDINTA

10.1 Aiheenvalinta ja opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön aiheenvalinta tukee omaa ammatillista kehitystämme, koska perhesuunnittelutyötä käsitellään hyvin vähän terveydenhoitajan koulutuksessa. Oma kiinnostus aihetta kohtaan on myös motivoinut meitä opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Perhesuunnittelutyö koetaan haastavaksi terveydenhoitajatyön osa-alueeksi sen hajanaisuuden vuoksi. Myös sijaisten ja uusien työntekijöiden löytäminen on hankalaa. Alun perin toivottua perhesuunnittelutyön perehdytysohjeistoa jouduimme rajaamaan koskemaan raskauden ehkäisyasiakkaan hoitoa, sillä muutoin opinnäytetyöstä olisi tullut liian laaja toteutettavaksi aikataulun ollessa rajallinen. Aiheen rajaaminen oli haastavaa, koska raskauden ehkäisy on laaja asiakokonaisuus, josta on vaikea karsia epäolennainen tieto.

Koimme tärkeänä tehdä opinnäytetyön yhteistyössä työelämän edustajien kanssa ja että työ vastaisi työelämän tarpeisiin. Opinnäytetyön aihe oli lähtöisin työelämästä, joten se lisäsi vastuuntuntoa työn tekemiseen. Yhteistyöryhmä perusteli kirjallisen ohjelehtisen tarpeellisuuden hyvin. Perhesuunnittelutyötä tehdään usein muun neuvolatyön ohessa ja opinnäytetyön tekeminen aiheesta nostaa perhesuunnittelutyön arvostusta ja lisää tietoisuutta aiheen merkityksestä. Opinnäytetyömme aiheen ajankohtaisuudelle löytyy perusteluita myös Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmasta 2007–2011, jonka valtakunnalliset tavoitteet ja toimintaehdotukset korostavat alueellisen tason seksuaaliterveyden edistämisen kehittämistä.

Ohjelehtiseen on mielestämme onnistuttu hyvin tiivistämään perhesuunnittelutyön kannalta keskeiset sisällöt teoriapohjaan perustuen. Ohjelehtisen suunnittelun apuna on käytetty lähdemateriaalia hyvän ohjelehtisen suunnittelusta ja toteutuksesta.

Ohjelehtisestä pyrittiin tekemään luotettava, selkeä ja helppolukuinen tietopaketti terveydenhoitajien työn apuvälineeksi. Yhteistyöryhmältä saimme ohjelehtiseen käytännön työn näkökulmaa ja parannusehdotuksia. Ohjelehtisen visuaalinen ilme on suunniteltu yhteistyössä graafisen suunnittelijan Terhi Adlerin kanssa. Ohjelehtisen kuvitus tukee ja havainnollistaa tekstisisältöä.

Opinnäytetyöprosessi on ollut monivaiheinen ja palkitseva kokemus, ja se on antanut valmiuksia peilata omia opittuja tietoja ja taitoja työelämään ja sieltä lähteviin tarpeisiin. Opinnäytetyön tekeminen on mahdollistanut suhteiden luomisen työelämän edustajiin. Tiedonhankintataidot ja kriittisyys lähdemateriaalia kohtaan ovat kehittyneet koko prosessin ajan. Työ vaati meiltä paljon sitoutumista ja oman ajankäytön hallintaa. Teoriapohjan kirjoittaminen auttoi jäsentämään aihetta ja on syventänyt osaamistamme. Opinnäytetyön teoriaosa on melko laaja ja aihetta on käsitelty monista eri näkökulmista. Teoriaosa olisi voinut olla tiiviimpi ja sen kirjoittamisessa olisi voitu hyödyntää enemmän ajankohtaista tutkimus- ja tilastotietoa.

10.2 Tuotoksen ja luotettavuuden arviointi

Opinnäytetyön teoriaosuus on toiminut pohjana kirjallisen ohjelehtisen kirjoittamisessa. Opinnäytetyössä on pyritty hyödyntämään ajan tasalla olevia kansallisia hoitosuosituksia, lääketieteellisiä katsausartikkeleita ja aihetta käsitteleviä yleistieoksia. Perhesuunnittelutyötä tekevien terveydenhoitajien haastattelut tukevat lähdemateriaalia. Lähteiden luotettavuutta on arvioitu muun muassa valitsemalla mahdollisimman tuoreita lähteitä, sillä tutkimustieto muuttuu nopeasti. Pyrimme valitsemaan käyttöön lähteitä, jotka ovat ilmestyneet aikavälillä 2000–2012. Lähteitä valittaessa pois suljimme työstämme AMK-opinnäytetyöt ja ei-tieteelliset tutkimukset ja artikkelit. Lisäksi lähteitä arvioitaessa huomioitiin lähteiden objektiivisuus eli kirjoittajan tuli perustella näkökulmansa tutkitun tiedon pohjalta eikä esittää sanomaansa omiin mielipiteisiin perustuen. Aihetta on tarkasteltu monien eri lähteiden kautta, jotta tiedon oikeellisuutta ja yhteneväisyyttä pystyttiin arvioimaan luotettavasti ja kriittisesti.

Tietoperusta oli kattava ja sen pohjalta oli helppoa koota ohjelehtisen toteuttamisen kannalta olennaiset ja keskeiset tiedot. Ohjelehtisen sisältöä jouduttiin rajaamaan paljon, jotta ohjelehtisestä ei tulisi liian pitkää ja vaikealukuista. Ohjelehtinen tulee terveydenhoitajien käyttöön, joten ohjelehtisen sisällöstä on voitu jättää pois

ammattilaisille itsestään selvät asiat. Ohjelehtisessä päädyimme jättämään pois lähdemerkinnät, jotta asiasisällölle jäisi enemmän tilaa. Ohjelehtisessä käytetyt lähdeviitteet löytyvät itse opinnäytetyöstä, joten asiasta kiinnostuneilla on mahdollisuus tarkastella lähdeviitteitä. Ohjelehtisestä on muokattu mahdollisimman tiivis ja luotettava kokonaisuus, jotta sen käyttö olisi helppoa käytännössä

Ohjelehtisen ulkoasusta muodostui selkeä ja johdonmukainen kokonaisuus. Ohjelehtisen asiasisältö oli mielestämme ytimekäs, monipuolinen, kattava ja kohderyhmän tarpeet huomioiva. Ohjelehtisen ulkoasuun ja tekstin rakenteeseen on kiinnitetty huomiota luetteloimalla asioita helppolukuisuuden lisäämiseksi. Tekstiosuudet on jaoteltu havainnollisesti, jotta ohjelehtistä olisi mielekästä käyttää ja sen voi nopeasti kerrata ennen asiakastapaamisesta tai käyttää sitä muistin tukena tapaamisen aikana. Ohjelehtisen kuvitus ja siinä käytetyt värit tukivat tekstin sisältöä ja tekivät ulkoasusta kevyemmän ja houkuttelevamman.

Opinnäytetyölle asetetut tavoitteet olivat yhdenmukaisia ohjelehtiselle asetettujen tavoitteiden kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohjelehtinen raskauden ehkäisyasiakkaan hoidosta Jyväskylän yhteistoiminta-alueen perhesuunnittelutyötä tekeville terveydenhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteina oli yhtenäistää ja selkeyttää raskauden ehkäisyyn aloitus- ja seurantakäyntien sisältöä sekä antaa terveydenhoitajille valmiuksia kehittää työtään ja parantaa välillisesti perhesuunnittelupalveluiden laatua.

Ohjelehtisen avulla pyrittiin yhtenäistämään ja selkeyttämään raskauden ehkäisyyn liittyvien vastaanottokäyntien sisältöä. Tavoitteiden toteutumisen kannalta on tärkeää, että ohjelehtistä markkinoitaisiin laajalti ja se tulisi käyttöön mahdollisimman monessa JYTE:n alueen neuvolassa. Tarve ohjelehtisen laatimiselle oli lähtöisin työelämästä ja omalta osaltaan yhteistyö terveydenhoitajista koostuvan yhteistyöryhmän kanssa lisää terveydenhoitajien sitoutumista ohjelehtisen käyttämiseen, koska heidän toiveensa ja tarpeensa on otettu huomioon oppaan suunnittelussa ja toteutuksessa. Ohjelehtisen sisältö vastasi näin ollen ennalta asetettuihin tavoitteisiin.

Yhteistyö terveydenhoitajien Paula Alosen, Hilppa Marja-Ahon ja Aija Kauppisen sekä toimeksiantajan edustajan neuvolatyön osastonhoitaja Hannele Vireniuksen kanssa on ollut sujuvaa ja he ovat osallistuneet aktiivisesti ohjelehtisen

suunnitteluprosessiin. Yhteistyöryhmältä saatu materiaali, tuki ja palaute prosessin eri vaiheissa on auttanut muokkaamaan tuotosta enemmän työelämän tarpeita vastaavaksi. Välillä aikataulujen yhteensovittaminen on ollut haasteellista, mutta yhteydenpito on ollut mahdollista myös sähköpostitse ja puhelimitse, joten prosessin eteneminen on kuitenkin ollut sujuvaa.

10.3 Kehittämisehdotukset

Ohjelehtinen on tuotettu pääsääntöisesti JYTE:n alueen neuvoloissa perhesuunnittelutyötä tekevien terveydenhoitajien käyttöön ja vastaamaan heidän tarpeitaan. Ohjeleistä olisi kuitenkin mahdollista hyödyntää soveltuvin osin myös esimerkiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Asiasisällöt raskauden ehkäisyn hoidossa ovat samat, mutta käytänteet eri toimijoiden välillä eroavat jonkin verran toisistaan.

Opinnäytetyömme toimeksiantajan edustaja neuvolatyön osastonhoitaja Hannele Virenius on tuonut esille, että Jyväskylän yhteistoiminta-alueen neuvoloilla olisi suuri tarve saada yhtenäinen eri perhesuunnittelutyön osa-alueita käsittelevä perehdytysohjeisto terveydenhoitajien, uusien työntekijöiden ja sijaisten työn apuvälineeksi. Näin laajan tuotoksen toteuttaminen opinnäytetyönä on kuitenkin hankalaa. Hannele Vireniuksen kanssa käydyn keskustelun pohjalta syntyi ajatus, että perehdytysohjeiston voisi koostaa opiskelijatyönä aihealueittain. Perhesuunnittelutyöhön liittyen on jo aikaisemmin tuotettu opinnäytetyönä ja kehittämistehtävänä lapsettomuusasiakkaan hoitopolku ja raskauden keskeytysasiakkaan hoitopolku. Tulevaisuudessa lähempään tarkasteluun voisi ottaa esimerkiksi sukupuolitautilien hoidon.

Työelämälähtöisenä kehittämistyönä tuotamme jatkona opinnäytetyöllemme sähköisen version kirjallisesta ohjelehtisestä. Sähköinen versio tulee liitettäväksi Jyväskylän yhteistoiminta-alueen sisäiseen Intranettiin. Sähköinen versio on vaivattomasti saatavilla ja nopeasti muuttuvien tietojen päivittäminen on helppoa.

LÄHTEET

- Aho, T. 2006. Artikkel. Mitä terveydenhoitaja voi tehdä seksitautien ehkäisemiseksi? Terveydenhoitaja seksuaaliterveyden edistäjänä. Terveydenhoitajalehti 3/2006.
- Aho, K. & Hiltunen-Back, E. 2007. Klamydia. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 17.3.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes00006
- Aiheuttaako ehkäisypilleri haittavaikutuksia? n.d. Ehkäisynetti. Ehkäisypillerit > Haittavaikutukset. Viitattu 5.3.2012. <http://www.ehkaisynetti.fi/scripts/en/2pillerit/haittavaikutukset/index.php>
- A Tartuntatautiasetus 31.10.1986/786. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 27.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860786>
- Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O. & Toverud, K. 2008. Ihminen Fysiologia ja Anatomia. 1.-5.p. Helsinki: WSOY.
- Boman, R., Jaatinen, J., Koivunen, M. & Manninen, P. 2006. Perhesuunnitteluohjeisto. Perhesuunnitteluneuvola. Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä. Julkaisematon.
- Defining sexual health: report of technical consultation on sexual health 23-31 January 2002. 2006. Working definitions. WHO.Geneva.Viitattu 5.3.2012. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexualhealth.pdf
- Ehkäisyn seuranta. n.d. Mikä ehkäisyksi? Tietoa seksuaalisuudesta, ehkäisymenetelmistä ja seksitaudeista. Ehkäisynetti. Viitattu 4.4.2012. http://www.ehkaisynetti.fi/html/e-book/Mika_ehkaisyksi_e-book/pdf/Mika_ehkaisyksi_8-12-11_low_res.pdf
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Haarala, P., Honkanen H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima.
- Halttunen, M. n.d. Raskauden ehkäisy. Hormonaalinen ehkäisy. Therapia Fennica. Kandidaattikustannus. Viitattu 22.2.2012. http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Raskauden_ehk%C3%A4isy
- Hanhirava, M. 2010. Sukupuolitautilpotilaan hoito. Klamydia. Teoksessa Sairaanhoitajan käsikirja. Toim. Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M. & Rasimus, M. Helsinki: Duodecim.
- Hanhirava, M. 2010. Raskauden ehkäisy. Hormonaalinen ehkäisy. Teoksessa Sairaanhoitajan käsikirja. Toim. Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M. & Rasimus, M. Helsinki: Duodecim.

Hanhirva, M. 2010. Raskauden ehkäisy. Jälkiehkäisy. Teoksessa Sairaanhoitajan käsikirja. Toim. Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M. & Rasimus, M. Helsinki: Duodecim.

Hanhirva, M. 2010. Raskauden ehkäisy. Kierukkaehkäisy. Teoksessa Sairaanhoitajan käsikirja. Toim. Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M. & Rasimus, M. Helsinki: Duodecim.

Heikinheimo O. 2006. Uudet hormonaaliset ehkäisy menetelmät- joustavampia mahdollisuuksia raskaudenehkäisyyn. Aikakauskirja Duodecim. 122:1793. Viitattu 8.3.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95873.pdf>

Heikinheimo, O, Suhonen, S.. & Lähtenmäki, P. 2011. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. Duodecim.

Hormonaaliset ehkäisyvalmisteet: Ehkäisylaastari. 2009. Terveys sivusto tohtori.fi. Hyvinvointi klinikat > Ehkäisy > Hormonaaliset ehkäisyvalmisteet > Ehkäisylaastari. Viitattu 6.3.2012. <http://www.tohtori.fi/?page=3328096&id=5389879>

Hurskainen, R. 2008. Kuinka suunnitella raskauden ehkäisy 39- vuotiaalle Päiville? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 124(4):463-8. Viitattu 12.3.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97062.pdf>

Härkönen, P. & Väänänen, K. 2004. Alkion varhaisvaiheet ja naisen sukupuolielinten kehitys: hedelmöitys. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. Kauppila, A. & Ylikorkala, O. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalivoukunta. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola. Jyväskylä: Duodecim.

Ilmonen, T. 2006. PLISSIT-malli seksuaalivoukunnan ja -terapian jäsentäjänä. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Kaimola, K. & Väisälä, L. Jyväskylä: Duodecim.

IPPF Charter on sexual and reproductive rights. 1996. International Planned Parenthood Federation. United Kingdom: London. Viitattu 7.3.2012. <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/6C9013D5-5AD7-442A-A435-4C219E689F07/0/charter.pdf>

Jälkiehkäisy. 2010. Käypä hoito. Käypä hoito- suositukset. Etusivu > Suositukset > Jälkiehkäisy. Viitattu 6.3.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksu/naytaartikkeli/tunnus/hoi50039>

Jälkiehkäisy. Etusivu > Suositukset > Jälkiehkäisy > Potilaalle. Viitattu 28.2.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksu/naytaartikkeli/tunnus/khp00054>

- Kaaja, R. & Heikinheimo O. 2008. Hormonaalinen ehkäisy ja tromboosi- mitä uutta? Viitattu 12.3.2012. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97063.pdf>
- Kaaja, R. 2001. Laskimotukos raskauden aikana. (2621) Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 117(24):2621-2625 Viitattu 12.3.2012 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92686.pdf>
- Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P & Komulainen, J. 2006. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. Viitattu 28.3.2012. http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74/hoitoketjuopas_2006.pdf
- Kontula, O. 2000. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla. Teoksessa Seksuaaliterveys Suomessa. Toim. Kontula, O. & Lottes, I. Helsinki: Tammi.
- Kosunen, E., Tarnanen, K. & Vuorela, P. 2010. Käypähoidon potilasversiot:
- Kosunen, E. 2008. Raskauden ehkäisystä seksuaaliterveyden edistämiseen. Perusterveydenhuolto avainasemassa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 124:431–3. Viitattu 12.4.2010. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97054.pdf>
- Kumpula, S. & Malinen, V. 2006. Parisuhde ja seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Kaimola, K. & Väisälä, L. Jyväskylä: Duodecim.
- Kätilötyö. 2006. Toim. Paananen, Pietiläinen, Raussilehto, Väyrynen & Äimälä. Edita Publishing.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 27.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 3.8.1992/734. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 27.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>
- L 24.4.1970/283. Steriloimislaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 10.3.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700283>
- L 25.7.1986/583. Tartuntatautilaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 27.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 27.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- L 30.12.2010/1326 13§. Terveydenhuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 27.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

- Morin-Papunen, L., Lehtovirta, P. & Tiitinen, A. 2008. Pitkäaikaissairaus ja raskauden ehkäisymenetelmän valinta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 12.3.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97064.pdf>
- Nurmi, T. 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajiksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990- luvuilla. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2000:13. Helsinki: Edita.
- Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 116(17):1821-8. Viitattu 28.3.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91721.pdf>
- Paavonen, J. 2006. Klamydiaepidemian taltuttamiseksi tarvitaan seulontaa. Kansanterveyslehti 7/2006. Viitattu 1.4.2012. <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf2006/7kansanterveys2006.pdf>
- Paavonen, J. 2002. Klamydiaepidemia jatkuu- mitä tehdä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 1.4.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93039.pdf>
- Parkkunen, N., Koskinen-Ollonqvist, P. & Vertio, H. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskus. Helsinki.
- Perheentupa, A. 2004. Raskauden ehkäisy imetysaikana. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 120(12):1467-73 Viitattu 10.3.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94346.pdf>
- Peura, V. 2011. Äiti kaipaa tietoa imetysajan ehkäisystä. Kätilölehti 7/2011.
- Rouvinen-Wilenius, P. n.d. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto. Kriteeristö arvioinnin tuotannon ja arvioinnin tueksi. Terveyden edistämisen keskus. Viitattu 10.4.2012. http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2008/2008_003.pdf
- Ruusuvaara, L. 2006. Raskauden ehkäisy ja seksuaalisuus. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. Jyväskylä: Duodecim.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- Ryttyläinen, K. & Virolainen, L. 2009. Lupa puhua. Asiakkaan ja potilaan ohjaus hoitotyössä. Seksuaaliohjaus ja -neuvonta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 5.3.2012. http://www.jamk.fi/download/28514_Lupa_puhua.pdf
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki. Viitattu 28.2.2012. <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>
- Seksuaalioikeudet. n.d. Väestöliitto. Etusivu > Murkun kanssa > Tietoa > Seksuaalisuus ja seurustelu > Mitä seksuaaliterveys on? > Seksuaaliterveys >

Seksuaalioikeudet. Viitattu 30.3.2012.

http://www.vaestoliitto.fi/murkun_kanssa/tietoa/seksuaalisuus_ja_seurustelu/seksuaalisuus/mita_seksuaalisuus_on/seksuaaliterveys/seksuaalioikeudet/

Seksuaalioikeudet osana ihmisoikeuksia. 2006. Seksuaalioikeudet ja seksuaali- ja lisääntymisterveys. Väestöliitto. Toim. Alkio, P. & Tuominen, J. 3. uud. p. Helsinki.

Viitattu 7.3.2012. [http://vaestoliitto-fi-](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/ad182cf7c02a8f3681aba5e6bccf2939/1331156434/application/pdf/313038/Seksuaalioikeudet2006.pdf)

[bin.directo.fi/@Bin/ad182cf7c02a8f3681aba5e6bccf2939/1331156434/application/pdf/313038/Seksuaalioikeudet2006.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/ad182cf7c02a8f3681aba5e6bccf2939/1331156434/application/pdf/313038/Seksuaalioikeudet2006.pdf)

Tiitinen, A. 2011a. Kuukautisten siirto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.4.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00149

Tiitinen, A. 2011b. Minipillerit ja muut pelkkää progestiinia sisältävät ehkäisymenetelmät. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 28.2.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00735

Tiitinen, A. 2011c. Kierukka (ehkäisy). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 29.4.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00730

Tiitinen, A. 2011d. Sterilisaatio. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.3.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00747

Tiitinen, A. 2011e. Gynekologinen tutkimus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu

28.3.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00125

Tiitinen, A. 2011f. Papa-koe. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 28.3.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00161

Vuorenmaa, H. Toivottuna maailmaan. Perhesuunnittelu ja kehitys. 2011.

Perhesuunnittelu käsitteenä. Väestöliitto. Toim. Närhi, R. Helsinki: Newprint. Viitattu

23.2.2012. [http://vaestoliitto-fi-](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/427fe1981b9e5ea2e633aad3326e16e7/1331206495/application/pdf/938732/ToivottunaMaailmaan-perhesuunnittelu%20ja%20kehitys.pdf)

[bin.directo.fi/@Bin/427fe1981b9e5ea2e633aad3326e16e7/1331206495/application/pdf/938732/ToivottunaMaailmaan-perhesuunnittelu%20ja%20kehitys.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/427fe1981b9e5ea2e633aad3326e16e7/1331206495/application/pdf/938732/ToivottunaMaailmaan-perhesuunnittelu%20ja%20kehitys.pdf)

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Määritelmiä. Väestöliitto.

Helsinki. Viitattu 5.3.2012. [http://vaestoliitto-fi-](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/20d02b507eb68f05215bdc1cc83e5204/1330934680/application/pdf/906885/Sekstervpolohjelma.pdf)

[bin.directo.fi/@Bin/20d02b507eb68f05215bdc1cc83e5204/1330934680/application/pdf/906885/Sekstervpolohjelma.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/20d02b507eb68f05215bdc1cc83e5204/1330934680/application/pdf/906885/Sekstervpolohjelma.pdf)

LIITTEET

Liite 1. Perhesuunnittelulomake

JYTE Jyväskylä yht. toimialueen tk	Testi Annika 131279-900F	
<p>Enskäytynä</p> <p>Pituus cm, paino kg, BMI, RR, v.m.</p> <p>Migreeni:</p> <p>Laskimonaukokset itsellä tai ensimmäisen astetta sukulaisilla:</p> <p>G-TAUS-lomakkeen tiedot:</p> <p>Gyn.tulehdukset:</p> <p>Gyn.toimenpiteet:</p> <p>Tämän hetkinen ehkäisy: Aikaisemmat ehkäisy tiedot kts. G-TAUS-lomake.</p> <p>Tupakointi: savuketta/vrk.</p>		
<p>Ohjaus ja neuvonta.</p> <p>Suunnitelma</p>		
<p>Seurantakäynti</p> <p>Paino kg, BMI, RR, v.m., tyytyväisyys ehkäisyyn:</p> <p>Parasuhde</p> <p>Muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni, lääkitys/lääkitysmuutoksia.</p> <p>Tupakointi: savuketta/vrk.</p> <p>Suunnitelma:</p>		
<p>Käynti</p>		

Liite 3. Perhesuunnitteluneuvolan raskauden ehkäisyvalmisteet

Perhesuunnitteluneuvolan valmisteet v. 2012 -2014 peruslääkevalikoimassa

Perhesuunnitteluneuvola	Hinta	v.2012
<u>Pillerit, laastari ja emätinrengas</u>		
Vreya 2mg+35mcg	tabl.3 x 21	3,20
Cerazette	tabl.3 x 28	22,50
Mercilon	tabl.3 x 21	12,50
Yasmin	tabl.3 x 21	poistuu peruslääke valikoimassa)
Yaz 0.02 mg/3mg	tabl.3 x 24+4	Yaz 1sentti
Qlaira	tabl. 3x28	uusi valmiste peruslääk.valikoimassa Qlaira sentin
Evra 150+20mcg/24H	depotlaastari 9	2,76 laastari
Nuvaring 3kpl	emätinrengas	2,77rengas
Norlevo 1.5 mg	tabl. 1	10,44
<u>Antibiootti</u>		
Atsitromysiini 250 mg	tabl 4	1,32 €
<u>Kierukat ja implantit</u>		
Mirena 20mcg/24H	hormonikierukka	107,40 €
Jadelle 75mg 2 kpl(5v)	implantaatti	134,00 €
Nexplanon (3v)	impantaatti	80 40€
<u>Kuparikierukat</u>		
Nova-T 380 AQ	kuparikierukka	62,56 €
Flexi-T 300	kuparikierukka	37,11 €

Liite 4. Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessin vaiheet

Aiheen valinta Aihe- ehdotus esitetty 11.11.2011 Aiheen rajaus	Marraskuu 2011
Tiedonhankintaseminaari Perhesuunnitteluneuvolan yhteistyökokous 2.12.2011 Yhteys työryhmään sähköpostitse 7.12.2011	Joulukuu 2011
Opinnäytetyön suunnitelman laatiminen Yhteistyöpalaveri työryhmän kanssa 9.1.2012 Tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa 17.1.2012	Tammikuu 2012
Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari 24.2.2012 Opinnäytetyön suunnitelman hyväksyminen Opinnäytetyön sisällön suunnittelu, taustatietoon tutustuminen, tietoperustan rakentaminen Aineiston hankinta	Helmikuu 2012
Opinnäytetyön raportin työstäminen Opinnäytetyön kirjallisen ohjeiston suunnittelu yhdessä työryhmän kanssa 27.3.2012 Ohjaavien opettajien tapaaminen 26.3.2012	Maaliskuu 2012
Yhteistyöryhmän tapaaminen/oppaan teoriaosuuden tarkastus 13.4.2012 Opinnäytetyötä ohjaavien opettajien tapaaminen 23.4.2012 Yhteistyöryhmän tapaaminen/ohjelehtisen arviointi 26.4.2012 Opinnäytetyön raportin työstäminen	Huhtikuu 2012
Opinnäytetyön esitys seminaarissa 2.5.2012 Opinnäytetyön kieliasun tarkistus Opinnäytetyön jättäminen arvioitavaksi 7.5.2012 Kypsyysnäytteen kirjoittaminen 10.5.2012	Toukokuu 2012

Raskauden ehkäisyasiakkaan hoitoketju

JYTE 2012



Yhdistelmä- ja progestiiniehkäisy (e-pilleri, rengas, laastari)

Kierukkaehkäisy (Hormonikierukka, kuparikierukka)

Kapseliehkäisy (Jadelle, Nexplanon)

Ehkäisyn aloitus

- Alkuhaastattelu
- Ensimmäisen ehkäisyn 3kk ilmaisannos
- Yli 35-v. ehkäisyn aloitus lääkärin vastaanotolla



- Alkuhaastattelu
- Papa-näyte, jos edellisestä yli 2 v. tai aiemmassa muutoksia



- Alkuhaastattelu
- Ilmainen vain ensimmäisenä ehkäisyvaihtoehtona
- Minipillerikokeilu ennen asetusta
- Lääkärin vastaanoton varaus



Seuranta- käynnit 3 kk

- Ehkäisyn sopivuus
- Klamydiaseula
- Resepti 15kk



- Papa-näytteen tulos selvillä
- Kierukan asetus kuukautisten 1.-7. päivänä



- Ehkäisyn sopivuus
- Klamydiaseula
- Kapselin asetus



1. v

- Ehkäisyn sopivuus
- Klamydiaseula
- Papa-koe 3-5 v. välein



Lääkärin vastaanotto aloituksen tai 3kk kohdalla tai viimeistään vuoden käytön jälkeen

2. v

- Vastaanottokäynti alle 23-vuotiaille
- Reseptin uusinta 15kk



- (Alle 30-vuotiaille tarv. vastaanottokäynti)
- Kontrollit välillä vain jos ongelmia



- (Alle 23-vuotiaille tarv. vastaanottokäynti)



3. v

- Reseptin uusinta 15kk (Th/ph vastaanottokäynti tarv. alle 23-vuotiaille)

- Nexplanon kapselin vaihto



4. v

- Ehkäisyn sopivuus
- Papa-koe 3-5 v. välein



- Jadelle kapselien vaihto, jos paino yli 60kg



5. v

- Jatkossa vastaanottokäynnit lääkärillä joka 3. vuosi jos ei ongelmia
- Reseptin uusinnat välillä 15kk annokset puhelimessa, tarvittaessa th:n vastaanottokäynti



- Th voi poistaa kierukan jos uutta ei aseteta
- Lääkäri poistaa ja vaihtaa kierukan



- Jadelle kapselien vaihto, jos paino alle 60kg



Ehkäisyn aloituskäynti

Alkuhaastattelu

- ehkäisyn tarve
- sukurasite: laskimotukokset itsellä tai ensimmäisen asteen sukulaisilla
- migreeni (aurallinen vai auraton?)
- päihteet: tupakointi (savuketta/vrk?), alkoholi, huumausaineet (määrä, laatu ja käyttötiheys?)
- riskikäyttäytyminen: seksikumppaneiden lukumäärä ja vaihtuvuus?
- parisuhde: seurusteleeko? Kuinka kauan on seurustellut? Kumppanin ikä?
- rintojen palpoinnin ohjaus
- kondomin käyttäminen lisäehkäisyä uuden kumppanin kanssa

Tutkimukset

- pituus
- BMI
- paino
- RR

Yhdistelmäehkäisy ja progestiinia sisältävät minipillerivalmisteet (TH/L)

- alkuhaastattelu (kts. edellä)

Asiakas saa ensimmäisen ehkäisyannoksen 3kk ilmaiseksi (myös ensimmäinen kuparikierukka ja kapselit ovat maksuttomia ensimmäisenä ehkäisyvaihtoehtona)

Jos asiakas on yli 35-vuotias, huomattavan ylipainoinen tai hänellä on jokin perussairaus ehkäisyn aloitukset perhesuunnitteluneuvolan lääkärin vastaanotolla

Gynekologiset esitiedot (G-TAUS- ja PSUUN-lomakkeet)

- ikä
- perussairaudet, allergiat ja lääkitys
- kuukautisten alkamisikä (m)
- kuukautisvuodon kesto (d)
- kuukautiskierron pituus (p)
- säännöllisyys, runsaus, kuukautiskivut ja premenstruaaliset vaivat
- viimeiset kuukautiset (v.m.)
- raskaudet, keskenmenot ja raskaudenkeskeytykset
- aikaisemmat gynekologiset sairaudet ja leikkaukset
- aikaisemmat papa-muutokset ja tarvittaessa papa-näyte
- (ensimmäinen papa-näyte suositellaan otettavan 2–3 vuoden kuluttua yhdyntöjen aloittamisesta, jos 20 vuoden ikä ylittyy, jatkossa 3–5 vuoden välein)
- aikaisempi ehkäisy

Kierukkaehkäisy (TH)

- alkuhaastattelu (kts. edellä)
- papa-näyte, jos viimeisimmästä yli 2 vuotta (herkästi uusi jos kumppani vaihtunut tai papassa aikaisempia muutoksia)
- mahdolliset tulehdukset tulee hoitaa
- kierukan esittely, kustannukset
- kupari ja hormonikierukan erot
- lankojen tunnustelun opetus
- ajanvaraus lääkärin vastaanotolle asetusta varten: kierukka tulee asettaa kierron alussa 1.–7. päivänä

Kapseliehkäisy (TH)

- alkuhaastattelu (kts. edellä)
- minipillerikokeilu 3 kk ennen kapselien asennusta
- lääkärin vastaanoton varaus 3 kk päähän kapselien asetusta varten
- Nexplanon suositeltavampi vaihtoehto

3 kk seurantakäynti (TH/I)

Yhdistelmäehkäisy ja progestiinia sisältävät minipillerivalmisteet:

- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/klamydiaseula
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- BMI • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset
- 15 kk resepti

Lääkärin vastaanotto aloituskäynnin tai 3kk kuukauden kohdalla, jos riskitekijöitä/ongelmia, viimeistään noin 1 vuoden käytön jälkeen.

Kierukkaehkäisy: (I)

- papa-näytteen tulos selvillä
- lääkäri asettaa kierukan kuukautiskierron 1.–7. päivänä
- kierukka voidaan asettaa myös muussa kierron vaiheessa, mutta raskauden mahdollisuus tulee olla poissuljettu

Kapseliehkäisy: (I)

- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/klamydiaseula
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- BMI • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset
- kapselin/kapselien asetus, jos minipillerikokeilu ollut

1. vuosi seurantakäynti (TH/I)

Yhdistelmäehkäisy ja progestiinia sisältävät minipillerivalmisteet:

- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/klamydiaseula
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet
- paino

- BMI
- RR
- v.m.
- parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset
- papa-näyte 3–5 vuoden välein huomioiden aiemmat muutokset sekä aiemmin ja muualla otetut näytteet

2. vuosi seurantakäynti

Yhdistelmäehkäisy ja progestiinia sisältävät minipillerivalmisteet:

Alle 23-vuotiaalle vastaanottokäynti (TH)

- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/(tarv. klamydiaseula)
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- BMI • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset
- reseptin uusinta 15 kk

Kierukkaehkäisy:

- Alle 30-vuotiaan kierukan käyttäjän kohdalla tarvittaessa perhesuunnitteluneuvolan lääkärin vastaanottokäynti (L)
- Asiakas varaa ajan perhesuunnitteluneuvolan lääkärin vastaanotolle

Kapseliehkäisy:

Tarvittaessa alle 23-vuotiaalle vastaanottokäynti (L)

- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/(klamydia)
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- bmi • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset
- papa-näyte 3–5 vuoden välein huomioiden muualla ja aiemmin otetut näytteet

3. vuosi seurantakäynti

Yhdistelmäehkäisy ja progestiinia sisältävät minipillerivalmisteet:

Reseptin uusinta 15 kk **puhelimitse**.

Tarvittaessa alle 23-vuotiaalle vastaanottokäynti (TH)

Puhelimesta käydään läpi alla olevat seurantakysymykset:

- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/(klamydia)
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- BMI • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset
- papa-näyte 3–5 vuoden välein huomioiden muualla ja aiemmin otetut näytteet

Kapseliehkäisy: (L)

Nexplanon- kapselin vaihto 3v. välein

- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/(klamydia)
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- BMI • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset
- papa-näyte 3–5 vuoden välein huomioiden muualla ja aiemmin otetut näytteet

4. vuosi seurantakäynti

Yhdistelmäehkäisy ja progestiinia sisältävät minipillerivalmisteet: (L)

- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/(klamydia)
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- BMI • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset
- papa-näyte 3–5 vuoden välein huomioiden aikaisemmat muutokset
- sekä muualla ja aiemmin otetut näytteet

Kapseliehkäisy: (L)

- Jadelle kapselien vaihto 4 v. käytön jälkeen, jos paino **yli** 60kg
- gynekologinen tutkimus
- papa-näyte 3–5 vuoden välein huomioiden aikaisemmat muutokset
- sekä muualla ja aiemmin otetut näytteet
- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/(klamydia)
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- BMI • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset

5. vuosi seurantakäynti (L)

Yhdistelmäehkäisy ja progestiinia sisältävät minipillerivalmisteet:

Jos ehkäisyn kanssa ei ongelmia, jatkossa perhesuunnitteluneuvolan lääkärin vastaanottokäynnit joka 3. vuosi

Reseptin uusinnat välillä **puhelimitse** 15 kk annokset/Tarv. vastaanottokäynti

Kierukkaehkäisy: (L/TH)

- kierukan poisto neuvolassa kuukautisvuodon loppupäivinä (TH)
- papa-näyte ennen kierukan vaihtoa, jos edellisestä yli 2v tai aiemmassa muutoksia
- kierukan vaihto (L)
- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/(klamydia)
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- BMI • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset

Kapseliehkäisy: (L)

Jadelle kapselien vaihto 5 v. välein, jos paino **alle** 60kg

- gynekologinen tutkimus
- papa-näyte 3–5 vuoden välein huomioiden aikaisemmat muutokset
- sekä muualla ja aiemmin otetut näytteet
- ehkäisyn sopivuus/tyytyväisyys
- infektio-oireet/(klamydia)
- riskikäyttäytyminen
- tupakointi: savuketta/vrk.
- päihteet • RR
- paino • v.m.
- BMI • parisuhde
- muutokset terveydentilassa, päänsärky/migreeni
- lääkitys/lääkitysmuutokset

Yhdistelmähormoniehkäisy

Yhdistelmäehkäisypillerit

Yhdistelmäehkäisypilleri on nuoren, terveen ja synnyttämättömän naisen ensisijainen ehkäisy-menetelmä. E-pillerit sisältävät yleensä kahta eri synteettistä naishormonia: **estrogeenia** ja **kelta-
rauhashormonia** eli progestiinia. Yleisimmin käytetty estrogeeni on etinyyliestradioli tai luonnollisen estrogeenin kaltaista estradiolivaleraattia. Yhdistelmäehkäisyn vaikutus perustuu munasolun irtoamisen eli ovulaation ja munarakkulan kehittymisen estoon sekä kohdunkaulan liman koostumuksen muuttumiseen siittiöille epäedulliseksi.

Yhdistelmäpillereiden käyttö aloitetaan yleensä ensimmäisenä vuotopäivänä. Pillerit voidaan kuitenkin aloittaa minä tahansa kierron päivänä, jolloin on muistettava kondominkäyttö lisäehkäisynä seitsemän päivän ajan. Kondomin käyttö on suositeltavaa aina uuden kumppanin kanssa, sillä mikään muu raskauden ehkäisymenetelmä ei suojaa sukupuolitaudeilta.

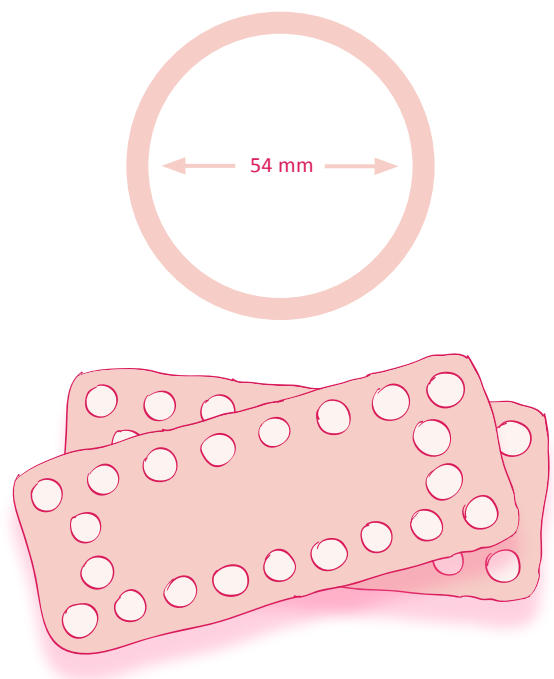
Kaikilla yhdistelmähormonipillereillä kuukautiskierron pituus on 28 vuorokautta. Tavallisesti yhdistelmäehkäisypillereitä otetaan yksi päivässä 21 päivän ajan, jonka jälkeen pidetään seitsemän päivän mittainen tauko ja seuraava liuska aloitetaan taukoviikon jälkeen aina samana viikonpäivänä. Yhdistelmäpillereitä on mahdollista syödä myös ilman taukoja kerran päivässä 28 päivän ajan, jolloin annosteluna on joko 24 + 4 (24 hormonia sisältävää pilleriä ja 4 lumepilleriä) tai 26 + 2 annosteluna (26 hormonia sisältävää pilleriä ja 2 lumepilleriä).

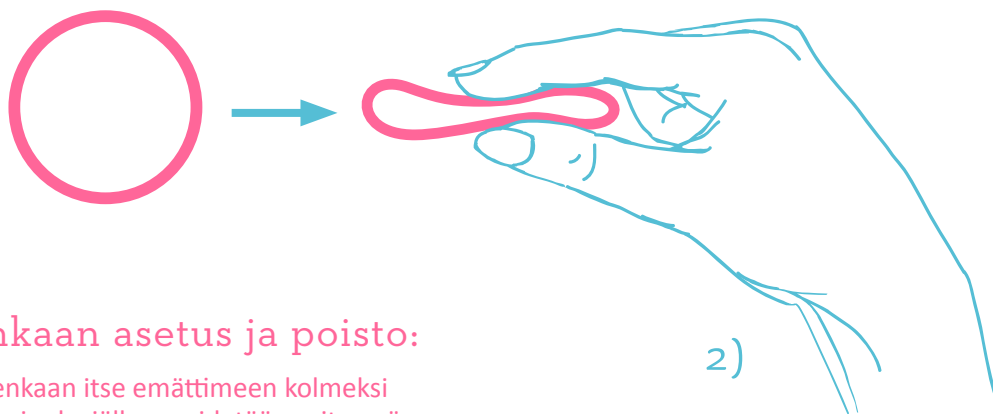
Kuukautiset on mahdollista siirtää yhdistelmäehkäisypillereillä, kun käytössä on 21/7 annostus voi kuukautisia siirtää korkeintaan 3 viikon ajan aloittamalla uusi pakkaus heti edellisen loputtua ilman taukoviikkoa. 24+4 annostuksella on mahdollista siirtää kuukautisia korkeintaan 24 päivää. Kuukautiset siirretään jättämällä käyttämättä pakkauksen 4 lumepilleriä ja siirtymällä seuraavaan pakkaukseen suoraan ilman taukopäiviä. Annostuksella 26+6 ei suositella kuukautisten siirtoa.

Ehkäisyrengas

Ehkäisyrengas on estrogeenia ja keltarauhashormonia sisältävä läpinäkyvä ja taipuisa muovi-rengas, jonka halkaisija on 54 mm ja poikittaismitta 4 mm. Ehkäisyrengas vaikuttaa elimistössä samalla tavalla kuin ehkäisypillerit estäen munasolun kehittymisen ja irtoamisen ja myös ehkäisyteho on sama. Rengasta käytettäessä ehkäisyteho ei kärsi ruoansulatuskanavan häiriöistä, kuten ripulista tai oksentelusta. Ehkäisyrenkaan sisältämät hormonit vapautuvat tasaisesti emättimen seinämän läpi, jonka ansiosta hormonien määrä elimistössä on pienempi ja pysyy koko ajan tasaisena sekä hormonipitoisuuksien vaihtelusta johtuvia sivuvaikutuksia on vähemmän.

Jos nainen haluaa siirtää kuukautisiaan, tulee hänen aloittaa uuden renkaan käyttö ilman taukoja. Seuraavaa rengasta voidaan käyttää enintään 3 viikkoa, jonka jälkeen pidetään viikon mittainen tauko, jonka jälkeen aloitetaan säännöllinen käyttö normaaliin tapaan.

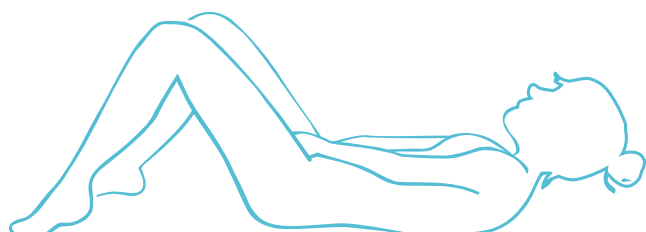
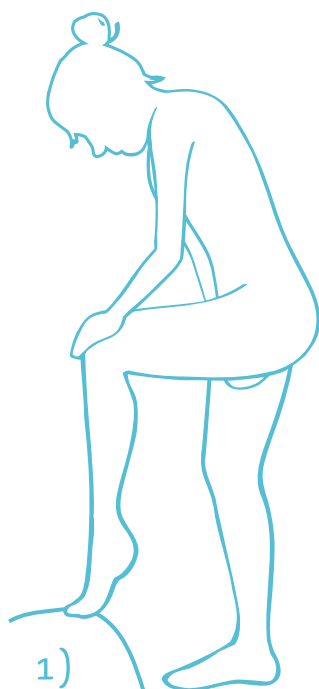
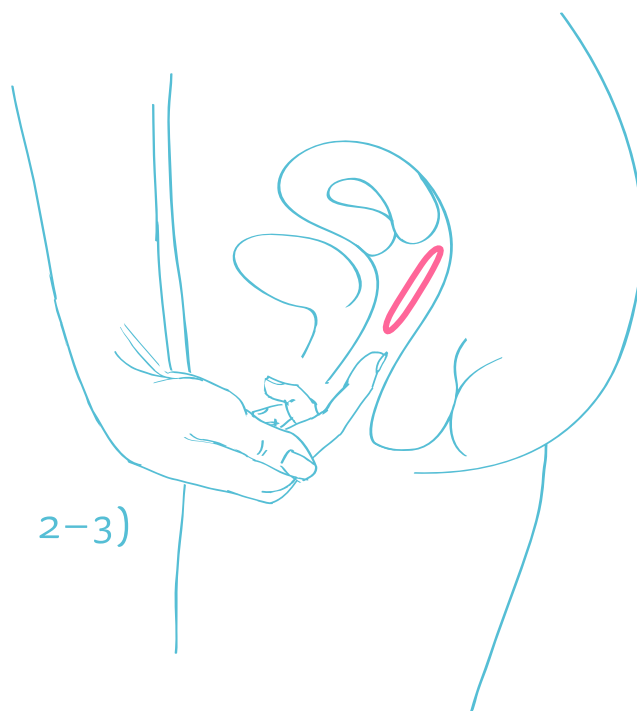




Ehkäisyrenkaan asetus ja poisto:

Nainen asettaa renkaan itse emättimeen kolmeksi viikoksi kerrallaan, jonka jälkeen pidetään seitsemän päivän mittainen tauko, jolloin tyhjennysvuoto alkaa 2–3 päivän kuluessa. Uuden renkaan nainen asettaa paikalleen taukoviikon päätyttyä aina samana viikonpäivänä.

- 1) Asetu renkaan asettamisen kannalta mukavaan asentoon
- 2) Ehkäisyrenkas asetetaan emättimeen puristamalla se soikeaksi ja työntämällä se etusormella niin syvälle, ettei se tunnu
- 3) Jätä rengas emättimeen 3 viikoksi
- 4) Poista rengas koukistamalla etusormi renkaan reunan alle tai tarttumalla renkaan reunaan etu- ja keskisormella ja vedä rengas ulos

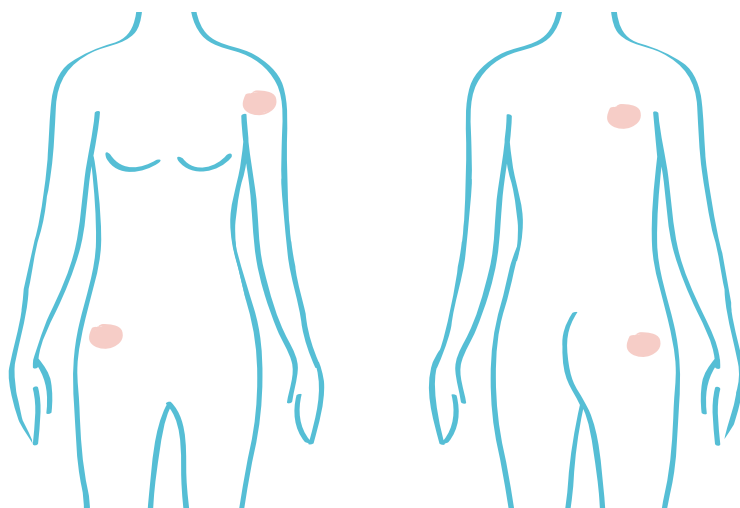


Ehkäisylaastari

Ehkäisylaastari sisältää samoja hormoneja kuin yhdistelmäehkäisytabletti eli estrogeenia (etiinyli-estradioli) ja progestiinia (norgestromiini). Ehkäisylaastarin voi kiinnittää pakaraan, vatsaan, olkavarren ulkosyrjään tai yläselkään. Laastaria ei saa kiinnittää rintojen alueelle tai ärtyneelle ja haavaiselle iholle. Kiinnityskohtaa voi vaihdella viikoittain, mutta kiinnitetyn laastarin paikkaa ei saa vaihtaa. Päivittäin on hyvä tarkastaa, että laastari on kunnolla kiinni. Vanha laastari tulee poistaa ennen uuden kiinnitystä ja vain yhtä laastaria saa käyttää kerrallaan. Laastarin kanssa voi käydä kylvyssä, suihkussa, uimassa sekä harrastaa liikuntaa normaalisti. Ehkäisylaastarilla voi siirtää kuukautisia enintään seuraavat kolme viikkoa eteenpäin (yhteensä 6 laastaria peräkkäin). Tämän jälkeen tulee pitää taukoviikko, jolloin kuukautisvuoto alkaa. Ripuli ja oksentelu eivät vaikuta laastarin ehkäisytehoon. Ehkäisylaastarin teho saattaa olla jonkin verran heikentynyt naisilla, jotka painavat yli 90 kg. Jos jakson ensimmäisen laastarin kiinnittyminen on viivästynyt yli 24 tunnilla, voi ehkäisyteho olla heikentynyt. Tässä tapauksessa tulee lisäehkäisynä käyttää kondomia lisäehkäisynä seitsemän päivän ajan.

Käytön aloitus:

- Ehkäisylaastarin käyttö voidaan aloittaa kuukautisvuodon 1. päivänä, jolloin ehkäisyteho alkaa heti, eikä lisäehkäisyä tarvitse käyttää
- Yhdistelmäehkäisytablettien käytöstä laastarin käyttöön siirryttäessä tulee odottaa kuukautisvuodon alkamista ja uusi laastari kiinnitetään 24 tunnin sisällä kuukautisten alkamisesta. Mikäli uutta laastaria ei kiinnitetä vuorokauden sisällä, tulee asiakkaan käyttää lisäehkäisynä kondomia seitsemän päivän ajan
- Minipillereitä käyttänyt voi siirtyä käyttämään suoraan laastaria ilman taukoa, jolloin lisäehkäisyä tulee käyttää seitsemän päivän ajan
- Ehkäisykapselia käyttänyt voi siirtyä käyttämään ehkäisylaastaria heti kapselin poistopäivänä
- Injektioista siirryttäessä voi laastaria alkaa käyttämään heti injektion suunniteltuna pistopäivänä
- Synnytyksen jälkeen tulee naisen odottaa ensimmäisiä normaaleja kuukautisia ennen laastarin käytön aloittamista



Yhdistelmähormonien ehkäisy haittavaikutukset

Haittavaikutuksia voi ilmetä etenkin ensimmäisten käyttökuukausien aikana. Haittavaikutukset lieittyvät/loppuvat yleensä käyttöä jatkettaessa. Asiakkaan oireiden ollessa häiritseviä tai jatkuessa yli 3–6 kk, tulee ehkäisymenetelmän vaihtamista harkita.

Yleisimmät haittavaikutukset:

- Pahoinvointi
- Tiputteluvuodot/epäsäännölliset vuodot
- Päänsärky
- Rintojen aristus ja pingotus
- Mielialamuutokset
- Painonnousu
- Libidon heikkeneminen
- Ihon lisääntynt rasvoittuminen

Yhdistelmähormonien ehkäisy hyödyt

- Hyvä ja luotettava ehkäisymenetelmä
- Säännöllistä kuukautiskierrtoa
- Kuukautisvuodot niukenevat
- Kuukautiskivut lieittyvät tai katoavat kokonaan
- PMS-oireiden lieittyminen (vähentää turvotusta, mielialanvaihteita ja päänsärkyä)
- Kuukautisten ajoittaminen sopivaan ajankohtaan mahdollista
- Raskauden ajankohdan suunnittelu mahdollista
- Voi lieventää aknea ja vähentää liiakarvoitusta
- Vähemmän endometrioosia
- Vähentää sisäsynnytintulehduksia
- Suojaa kohdunulkopuolisilta raskauksilta
- Vähentää rintojen ja munasarjojen hyväläatuksia kasvaimia
- Pienentää riskiä sairastua munasarja- ja kohdun runko-osan syöpään

Yhdistelmähormonien ehkäisy ehdottomat vasta-aiheet:

- Aikaisemmin sairastettu laskimoveritulppa
- Todettu laskimotukostaipumus
- I asteen sukulaisen syvä laskimoveritulppa
- Aurallinen migreeni, johon liittyy neurologisia oireita, kuten näkö- ja tunto-oireet
- Auraton migreeni ja yli 35 vuoden ikä
- Aktiivinen maksatauti
- Diabetes, jossa kohde-elin vaurioita
- Raskaus
- Iskeeminen sydänsairaus
- Aivohalvaus, TIA
- Hoitamaton korkea verenpaine $\geq 160/100$ mmHg
- Yli 35 vuoden ikä ja tupakointi
- Selvittämätön gynekologinen vuoto
- Hormoniriippuvaiset syövät, kuten rinta- ja kohtusyöpä

Yhdistelmähormonien ehkäisy suhteelliset vasta-aiheet

- Tupakointi
- Suonikohjut
- Yli 45 vuoden ikä
- Kohonnut verenpaine
- Lähisukulaisen nuorena todettu rintasyöpä
- Imetys
- Raskaushepatoosi
- Sydänvika
- Sappivaivat
- Pitkittynyt immobilisaatio eli liikkumattomuus

Progestiiniehkäisy

Minipillerit

Progestiiniehkäisy on hyvä vaihtoehto niille, joille yhdistelmäehkäisy ei sovi ja valmisteita voi käyttää myös imetyksen aikana. Pelkkää keltarauhashormonia sisältäviä ehkäisytabletteja kutsutaan minipillereiksi, niitä suositellaan käytettäväksi, kun yhdistelmäehkäisytabletti ei sovi. Keltarauhashormoni muuttaa kohdunkaulan liman koostumuksen siittiöille epäedulliseksi yhdistelmähormoni-ehkäisyyn tapaan, mutta ne eivät aina estä munasolun kypsymistä, mikä on yhdistelmäehkäisytablettien pääasiallinen vaikutusmekanismi. Keltarauhashormonivalmisteet vaikuttavat myös munasolun kypsymiseen ja irtoamiseen, mutta eri keltarauhashormonivalmisteiden vaikutuksen voimakkuus vaihtelee.

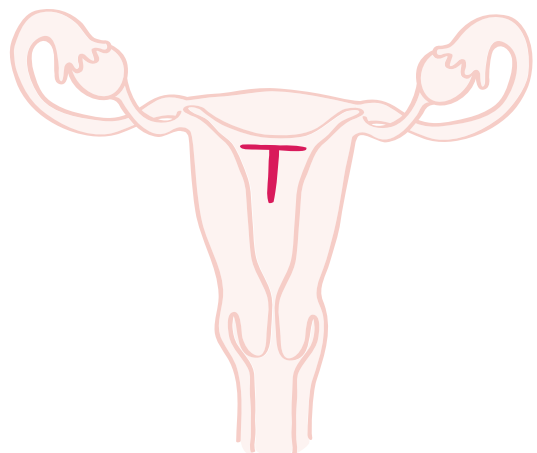
Minipilleri otetaan päivittäin ilman taukoja. Pilleriliuskan loppuessa, aloitetaan uusi liuska heti seuraavana päivänä. Jatkuva progestiinin käyttö ei täysin estä ovulaatiota, joten hyvän ehkäisytehon saavuttamiseksi tulee naisen ottaa minipillerit joka päivä mahdollisimman samaan kellonaikaan, sillä ehkäisyteho heikentyy, jos lääkkeenotto myöhästyy yli kolme tuntia. **Nykyisin uusissa valmisteissa, esimerkiksi Cerazette-valmisteessa, ehkäisyteho ei heikkene, jos pillerin unohtamisesta on kulunut alle 12 tuntia.**

Minipillereiden avulla kuukautisia ei voi siirtää.

Hormonikierukka

Hormonikierukka soveltuu hyvin naisille, jotka harjoittavat sterilisaatiota tai jotka kärsivät runsaista ja pitkistä kuukautisvuodoista. Hormonikierukka on pitkäaikainen ehkäisymenetelmä. Se soveltuu käytettäväksi imetyksen aikana ja naisille, jotka eivät voi tai halua käyttää estrogeenia sisältäviä ehkäisyvalmisteita.

Lääkäri asettaa ja poistaa T:n mallisen ja muovisen hormonikierukan kohdun sisälle kuukautisvuodon aikana. Terveystoimittaja voi poistaa kierukan, mikäli uutta ei aseteta. Kierukka suositellaan poistettavaksi kuukautisten aikana. Mikäli kierukka poistetaan kierron puolivälissä ja asiakas on ollut yhdynnässä poistoa edeltävän viikon aikana, on raskauden riski olemassa ja lisäehkäisyä tulee käyttää. Hormonikierukka vapauttaa kohdun limakalvolle tasaisesti synteettistä keltarauhashormonia. Hormonikierukan ehkäisyteho perustuu ensisijaisesti paikalliseen vaikutukseen kohdussa ja kohdunkaulan liman muutoksiin. Lisäksi hormonikierukka häiritsee munasolun irtoamista munasarjasta, hedelmöittymistä ja munasolun kiinnittymistä kohdunseinämään. Hormonikierukan ehkäisyteho kestää viisi vuotta.



Ehkäisykapseli

Ehkäisykapseli on vaihtoehto pitkäaikaista ehkäisyä tarvitsevalle naiselle. Ehkäisykapseli sopii yleensä naisille, jotka eivät voi tai halua käyttää estrogeeni-valmisteita. Kapselia voi käyttää myös imetyksen aikana. Ehkäisykapselit sisältävät ainoastaan kelta-rauhashormonia, jota vapautuu kapselista tasaisesti verenkiertoon. Suomessa markkinoilla on kahdenlaisia ehkäisykapseleita: levonorgestreelia vapauttava kahden kapselin valmiste ja etonogestreelia sisältävä yhden kapselin valmiste. Levonorgestreeli-kapseli **Jadelle** säilyttää tehonsa viiden vuoden ajan ja etonogestreeli-kapseli **Nexplanon** kolmen vuoden ajan. Ehkäisy kapselin teho perustuu ennen kaikkea munasolun irtoamisen estoon ja kohdunkaulan limassa tapahtuviin muutoksiin.

Lääkäri asettaa ja poistaa valmisteesta riippuen yhden tai kaksi pientä ja ohutta ehkäisykapselia käsivarren ihon alle. Toimenpide tehdään paikallispuudutuksessa. Sauva ei näy ihon alta, mutta sen pystyy sormin tuntemaan.

Ehkäisyinjektio

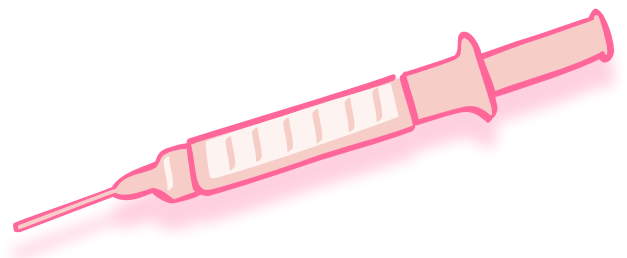
Ehkäisyinjektiota suositellaan pitkäaikaiseen ehkäisyyn ainoastaan, jos muut ehkäisymenetelmät eivät sovellu käytettäväksi. Ehkäisyinjektio sisältää synteettistä keltarauhashormonia ja sen ehkäisyteho perustuu ovulaation estoon. Ehkäisyinjektion voi ostaa apteekista reseptimääräyksellä ja terveydenhoitaja pistää sen kolmen kuukauden välein pakaralan tai olkapäiden lihakseen. Ruiskeena annettu hormoni kulkeutuu lihaksesta suoraan verenkiertoon. Injektio suositellaan pistettäväksi kuukautiskierron viiden ensimmäisen päivän aikana. Asiakkaan täytyy muistaa huolehtia uuden injektion pistämisestä ajoissa, jotta ehkäisy säilyttää tehonsa. Synnytyksen jälkeen ensimmäinen injektio on mahdollista pistää kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen, jos nainen imettää. Jos nainen ei imetä voi ruiskeen pistää jo viiden vuorokauden sisällä synnytyksestä. **Ehkäisyinjektion on todettu alentavan luuntiheyttä, minkä vuoksi sen käyttöä on rajoitettu.** Hedelmällisyys palautuu viimeisen injektion jälkeen keskimäärin 10 kuukauden kuluttua.

Progestiiniehkäisyn haittavaikutukset:

- Tiputteluvuodot/epäsäännölliset vuodot yhdistelmäehkäisyä yleisempää
- Lisää ihon rasvaisuutta
- Päänsärky
- Pahoinvointi
- Rintojen aristus ja pingotus
- Painonnousu
- Progestiiniehkäisyn hyödyt:
- Sopivat usein jos yhdistelmäehkäisyn käyttö vasta-aiheellista
- Voi käyttää myös imetyksen aikana
- Hormonikierukka ja ehkäisykapseli varma ja vaivaton ehkäisymenetelmä, joiden kohdalla ei unohduksen mahdollisuutta (muistettava kuitenkin vaihtaa käyttöajan umpeutuessa)
- Hormonikierukka tehokas runsaiden ja kivuliaiden kuukautisten hoidossa

Progestiiniehkäisyn vasta-aiheet:

- Selittämätön gynekologinen vuoto
- Akuutti laskimotukos
- Aktiivinen maksasairaus
- Hormoniriippuvaiset syövät (rinta- ja kohtusyöpä)
- Raskaus tai sen epäily



Ei-hormonaalinen ehkäisy

Kuparikierukka

Kuparikierukka **NovaT** on hyvä ja pitkäaikainen ehkäisymenetelmä synnyttäneelle ja vakituisessa parisuhteessa elävälle naiselle, jolle ei sovi hormonaalinen ehkäisy. Kuparikierukkaa ei suositella ensisijaiseksi ehkäisymenetelmäksi synnyttämättömälle naiselle, koska se lisää aina gynekologisten tulehdusten ja kohdunulkoisten raskauksien riskiä, jotka voivat aiheuttaa muun muassa lapsettomuutta. Kuparikierukan tarkkaa vaikutustapaa ei tunneta, mutta sen ehkäisyteho perustuu kohdun ja munatorvien olosuhteiden muuttumiseen siittiöille epäedulliseksi ja normaalin hedelmöittymisen häiriintymiseen, niin että usein hedelmöittyminen estyy kokonaan. Lääkäri asettaa T:n mallisen, muovista ja kuparista valmistetun esineen kohdun sisälle. Kuparikierukan käyttöaika on viisi vuotta. Kuparikierukan on todettu lisäävän kuukautisvuodon määrää ja pidentävän niiden kestoa, joten on tärkeää seurata kuparikierukan käyttäjän rautatasetta ja hemoglobiiniarvoja.

Kuparikierukan ehdottomat vasta-aiheet:

- Raskaus tai sen epäily
- Selvittämätön kohtuverenvuoto
- Akuutti sisäsynnytintulehdus
- Hoitamaton gynekologinen tulehdus
- Kohdun rakennepoikkeavuudet
- Sydänlääppien tulehdus

Kuparikierukan suhteelliset vasta-aiheet

- Aiempi sisäsynnytintulehdus
- Aiempi kohdunulkoinen raskaus
- Vakiintumaton parisuhde
- Runsaat tai kivuliaat kuukautiset
- Sydänlääppävikä
- Kupari- ja tai nikkeli-allergia

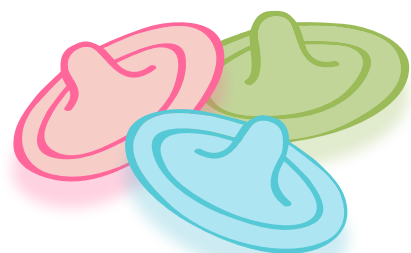
Kondomiehkäisy

Miesten kondomi

Jos seksipartnereita on useita tai parisuhde ei ole vakituinen, suositellaan käytettäväksi ehkäisymenetelmää, joka suojaa myös sukupuolitaudeilta, joko yksinään tai muuhun ehkäisyyn yhdistettynä. Kondomi on jäykistyneen siittimen päälle asetettava ohut, kertakäyttöinen ja yleensä lateksinen suojuus. Kondomi estää siemennesteen ja siittiöiden kulun emättimeen. Kondomin käyttöä on hyvä harjoitella etukäteen, koska käyttövirheet laskevat ehkäisytehoa huomattavasti. Miesten kondomit maksavat noin 1 €/kpl.

Naisten kondomi

Naisten kondomi on polyuretaanimuovista valmistettu, kertakäyttöinen 17 cm pitkä pussimainen suojuus, jonka molemmissa päissä on joustava rengas. Nainen asettaa sisemmän renkaan emättimen pohjukkaan ja pussin suulla oleva ulompi rengas jää ulkosynnyttimien ulkopuolelle. Kondomi vuoraa emättimen seinämät sisältäpäin ja estää siittiöiden pääsyn kohtuun. Kondomissa on myös siittiöitä tuhoavaa ainetta ja öljymäistä liukastetta. Naisten kondomi suojaa miesten kondomia tehokkaammin sukupuolitaudeilta, koska se suojaa osittain myös ulkosynnyttimiä. Naisten kondomit maksavat noin 3,50 €/kpl.



Sterilisaatio

Steriloinnilla tarkoitetaan miehen tai naisen sukupuolielimiin kohdistuvaa toimenpidettä, joka vaikuttaa suvunjatkamiskykyyn. Sterilisaatio voi tulla kysymykseen, kun halutaan pysyvää ja lopullista ehkäisymenetelmää. Sterilisaatio on ainoa ehkäisymenetelmä, jonka toteutumista valvotaan lailla. Sterilisaatio ei takaa sataprosenttista ehkäisyvarmuutta.

Naiselle sterilisaatio tehdään usein nukutuksessa vatsaontelon tähytyksessä, jolloin munanjohtimiin asetetaan spiraalit, jotka tukkivat munanjohtimet lopullisesti noin 3 kuukaudessa, jonka aikana tulee käyttää lisäehkäisyä. Toimenpide vaatii muutaman päivän sairausloman. Steriloiminen ei vaikuta naisen hormonitoimintaan ja kuukautiset jatkuvat toimenpiteestä huolimatta normaalisti.

Miehen sterilisaatio on yksinkertainen toimenpide, joka voidaan toteuttaa paikallispuudutuksessa poliklinisesti. Toimenpiteen tarkoituksena on estää siittiöiden pääsy siemennesteeseen. Toimenpiteessä kumpikin siemenjohdin katkaistaan kivespussin tyvestä. Toimenpiteen jälkeen ehkäisyteho alkaa vasta useita kuukausia toimenpiteen jälkeen, joten raskauden ehkäisystä on huolehdittava muilla keinoin. Tämän takia on tärkeää, että mies käy antamassa siemennestenäytteen kolmen kuukauden kuluttua toimenpiteestä tai 10 siemensyöksyn jälkeen, jotta varmistutaan ettei siemennesteessä ole eläviä siittiöitä.

- Asiakas ottaa yhteyttä perhesuunnittelu-neuvolaan puhelimitse
- TH varaa asiakkaalle ajan perhesuunnittelu-neuvolan lääkärin vastaanotolle sterilisaation ehtojen täyttymisen selvitykseen
- Naisten kohdalla hormonikierukka vaihtoehtona sterilisaatiolle
- Mielellään molemmat puoliset paikalla lääkärin vastaanotolla perhesuunnitteluneuvolassa, mikäli toinen puolisoista ei pääse paikalle on kumppanin vastuulla antaa tietoa asiasta puolisolleen

**Sterilisaatioon
voidaan ryhtyä
henkilön omasta
pyynnöstä:**

**Sterilisaatio on
mahdollista saada
yhden lääkärin
pääöksellä, kun**

- hakija on täyttänyt 30 vuotta
- hakija on synnyttänyt kolme lasta tai hänellä on yksin tai aviopuolisonsa kanssa yhteensä kolme alaikäistä lasta

**Sterilisaatio vaatii
kahden lääkärin
pääöksen, kun**

- raskaus olisi vaaraksi hakijan hengelle tai terveydelle
- hakijan mahdollisuudet muulla tavoin ovat epätavallisen huonot

**Lisäksi Valviran
pääöksellä, kun**

- hakijalla on sairaus, joka rajoittaa vakavasti hänen kykyään hoitaa lapsia
- on epäily vaikeasta sairaudesta, joka ilmaantuisi syntyvälle lapselle.

Imetys ja ehkäisy

Synnyttäneen äidin hedelmällisyys voi palautua nopeasti, joten viimeistään jälkitarkastuksen yhteydessä on tärkeää keskustella sopivasta raskauden ehkäisymenetelmästä. Imetysaikana käytettävä ehkäisy ei saa vaikuttaa maidon tuotantoon tai vauvan normaaliin kasvuun ja kehitykseen. Imetyksen kanssa yhteensopivia ehkäisymenetelmiä ovat kondomi, kuparikierukka, progestiinia sisältävät minipillerit, ehkäisykapseli tai hormonikierukka.

Imetys on vasta-aihe yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käytölle, sillä yhdistelmävalmisteiden sisältämä estrogeeni saattaa vähentää maidon eritystä ja vaikuttaa maidon koostumukseen. Yhdistelmäehkäisyyn voidaan siirtyä, kun lapsi on vieroitettu rintamaidosta, tai kun lapsi on yli 6 kuukauden ikäinen eikä rintamaito ole lapsen pääasiallinen ravinnonlähde. Raskauden ehkäisyä tarvitaan heti

jos nainen ei imetä yhdyntöjen alkaessa. Tässä tapauksessa voi yhdistelmäehkäisyn aloittaa 21–28 vuorokauden kuluttua synnytyksestä. Jos yhdistelmäehkäisy aloitetaan myöhemmin, tulee kondomia käyttää lisäehkäisyä 7–9 päivän ajan riippuen valmisteesta.

Synnytyksen jälkeen täysimetys voi toimia oikein toteutettuna ehkäisymenetelmänä. Sen antama ehkäisyteho on 98 % enintään kuuden kuukauden ajan, edellyttäen etteivät äidin kuukautiset ole alkaneet ja imetys on vauvan ainoa ravinnonlähde, vauvaa imetetään päivällä vähintään neljän tunnin välein ja öisin vähintään kuuden tunnin välein. **Jos yksikään edellä mainituista edellytyksistä ei toteudu, on tarpeellista ottaa käyttöön jokin luotettava ehkäisymenetelmä, kun uutta raskautta ei toivota.**

Menetelmä Aloitus synnytyksen jälkeen Huomioitavaa

Imetys

Heti

Mahdollinen ensimmäiset 6 kuukautta jos kaikki seuraavat kriteerit täyttyvät:

- Kuukautiset eivät ole alkaneet
- Imetys säännöllistä (päivällä vähintään 4 h välein ja yöllä 6 h välein)
- Rintamaito lapsen ainoa ravinto

Estemenetelmät

Heti

Kondomi suojaa myös sukupuolitaudeilta

Kierukka

8 viikkoa

- Kohdun ollessa pehmeä on puhkeamisriski olemassa
- Sektion yhteydessä asetus 3 kk kuluttua

Ehkäisykapseli

Jälkitarkastus

Minipillerit

Jälkitarkastus

Ehkäisyinjektio

Jälkitarkastus

Harvoin käytetty

Sterilisaatio

1–3 päivää

Peruuttamaton toimenpide

Jälkiehkäisy

Tarpeellista vain jos kuukautiset ovat alkaneet.

Ei suositeltavia

Yhdistelmävalmisteet:

Ensimmäiset kuukautiset tai 6 kuukautta

yhdistelmäpillerit, ehkäisyrengas ja ehkäisyalaustari

- Yhdistelmäpillereistä valitaan hormoni-
pitoisuudeltaan alhaisimmat
- Voivat vähentää maidoneritystä

Mitä jos ehkäisy unohtuu?

Jälkiehkäisy

Jälkiehkäisy on tarkoitettu käytettäväksi yhdynnän jälkeen silloin, kun ehkäisyä ei ole käytetty tai se on pettänyt esimerkiksi kondomin rikkoutuessa. Suomessa markkinoilla on kaksi hormonaalista jälkiehkäisyvalmistetta: ilman reseptiä saatava levonorgestreelia sisältävä **Norlevo** ja reseptillä saatava ulipristaalia sisältävä **EllaOne**. Lisäksi myös kuparikierukkaa on mahdollista käyttää jälkiehkäisyynä.

Norlevo tabletti otetaan kerta-annoksena 1.5 mg suun kautta ja se tulisi ottaa mielellään 12 tunnin kuluessa yhdynnästä, mutta viimeistään 72 tunnin sisällä. Tabletin teho on sitä parempi mitä aiemmin sitä käytetään suojaamattoman jälkeen. Alle 15-vuotias tarvitsee sen ostamiseen lääkärin reseptin. Sivuvaikutuksena voi esiintyä rintojen pin-gotusta, päänsärkyä, pahoinvointia tai oksentelua. Mikäli oksentelua ilmenee kolmen tunnin sisällä lääkkeenotosta, on lääkeannos syytä uusia. Imetäminen, tupakointi, migreeni, aikaisempi kohdun ulkopuolinen raskaus, muu kardiovaskulaarinen sairaus tai maksasairaus eivät ole vasta-aiheita levonorgestreelijälkiehkäisyyn käyttämiselle. Jälkiehkäisyä voivat käyttää kaikenikäiset naiset.

Ulipristaalia sisältävä EllaOne on reseptivalmiste ja se otetaan 30 mg kerta-annoksena 120 tunnin kuluessa (5vrk) ehkäisyyn pettämisen tai suojaamattoman yhdynnän jälkeen, kun kuparikierukan käyttö jälkiehkäisyynä ei ole mahdollista. Ulipristaalia käytettäessä tulee ensin varmistua, ettei nainen ole raskaana. Sitä ei suositella astmaatikkoille, joiden astma on epätasapainossa. Yleisimpiä käytön haittavaikutuksia ovat vatsakivut ja kuukautishäiriöt. Mikäli oksentelua ilmenee kolmen tunnin kuluessa lääkkeenotosta, tulee ottaa uusi tabletti.



Kuparikierukka on kolmas mahdollinen jälkiehkäisy menetelmä. Se voidaan asettaa kohtuonteloon lääkärinvastaanotolla viiden vuorokauden sisällä suojaamattomasta yhdynnästä tai ehkäisyyn pettäessä synnyttäneille ja synnyttämättömille naisille. Jälkiehkäisy menetelmänä kuparikierukka on tehokas ja se voidaan jättää halutessaan paikalleen, jolloin se toimii raskauden ehkäisyynä jopa viiden vuoden ajan. Jos jatkoehkäisylle ei ole tarvetta, voidaan kierukka ottaa pois seuraavien kuukautisten jälkeen.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toiminta-ohjelma suosittelee alle 30-vuotiaiden jälkiehkäisyä hakevien ohjaamista klamydiatestiin. Asiakas tulee ohjata tekemään raskaustesti, jos kuukautisvuoto on poikkeavaa tai seuraavat kuukautiset ovat yli viisi vuorokautta myöhässä. Asiakkaan kanssa tulisi myös pohtia, mikä raskauden ehkäisy menetelmä olisi jatkossa hänelle sopivin.

Jälkiehkäisy

